



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Nutrición

**Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con
el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños
amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el
Salvador**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición

AUTOR

Carmen Patricia CHAGUA CALLUPE

ASESOR

Dra. Doris Hilda DELGADO PÉREZ

Lima, Perú
2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Chagua C. Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Nutrición; 2021.

Información complementaria

Código ORCID del asesor (es)	https://orcid.org/0000-0001-5949-754X
Autor DNI (Obligatorio) Pasaporte /carnet de extranjería (sólo extranjeros)	Carmen Patricia Chagua Callupe 46427077
Asesor DNI (Obligatorio)	Doris Hilda Delgado Pérez 06158953
Código ORCID del autor	-----
Grupo de investigación	Nutrición, Alimentación y obesidad
Financiamiento	-----
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación (incluirse localidades y/o coordenadas geográficas).	Villa el Salvador, Lima, Perú 12°13'9.01" S, 76°56'43.15" W
Año o rango de años que la investigación abarcó.	Marzo 2013 – Julio 2014
Disciplina OCDE	Nutrición, Dietética https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.04



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.04.2021 17:52:03 -05:00

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

ACTA N° 003-2021

SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN NUTRICIÓN¹
Autorizado por RR-01242-R-20

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN : 14 abril del 2021

HORA INICIO : 8:30 am

HORA TÉRMINO : 9: 30 am

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE: Mg. Juan Pablo Aparco Balboa

MIEMBRO: Lic. Olga Patricia Palomo Luck

MIEMBRO: Lic. Sonia Antezana Alzamora

ASESORA: Dra. Doris Hilda Delgado Pérez

3. DATOS DEL TESISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Carmen Patricia Chagua Callupe

CÓDIGO : 10010159

R.R. DE GRADO DE BACHILLER : N° 00540-R-2015.

TÍTULO DE LA TESIS: Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6 -24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador (Aprobado RD-N°0491-D-FM-2013)

¹ **Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:**

https: <https://medical-int.zoom.us/j/99574000553>

ID: 995 7400 0553

Grabación archivada en Grabaciones de Sustentación

DRIVE: 2021/SUSTENTACIÓN/1-2021



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA	17	Diecisiete
	NÚMERO	(LETRAS)

6. PÚBLICO ASISTENTE

No	Nombre y Apellidos	DNI
1	Doris Hilda Delgado Pérez	06158953
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

Estando de acuerdo con la presente acta, el Jurado de Sustentación firma en señal de conformidad:

Mg. Juan Pablo Aparco Balboa
Docente Auxiliar
Presidente

Lic. Olga Patricia Palomo Luck
Docente Asociado
Miembro

Lic. Sonia Antezana Alzamora
Docente Asociado
Miembro

Dra. Doris Hilda Delgado Pérez
Docente Principal
Asesora



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.04.2021 17:51:27 -05:00

Dedicatoria

A Dios y a la vida por brindarme oportunidades y hacer de cada día uno lleno de felicidad y aprendizaje.

A mi madre Maura Callupe por ser una gran mujer, un ejemplo de fortaleza y testarudez cuando de cumplir metas se trata.

A mi padre Policarpo Chagua por ser mi apoyo moral, la persona que me escucha y motiva a ser cada día mejor.

A mis hermanos Tino, Kevin y Bethy por estar a mi lado en todo momento; cuidarme, quererme y hacerme feliz en todo momento.

A mí ahijado Jean, sobrinos Jhonatan y Chianet; que aunque hoy son jóvenes deseo ser un ejemplo para ellos y en el futuro, ellos, se conviertan en personas que trabajen en favor de la sociedad.

A mi amiga Pilar García porque aunque no sea mi hermana siempre está a mi lado y me brinda su apoyo incondicional en todo momento.

Agradecimientos

A La Universidad Nacional Mayor de San Marcos por brindar una oportunidad profesional a jóvenes que desean mejorar su calidad de vida a través del estudio

A la Escuela de Nutrición por acogerme todos estos años de pregrado y enseñarme a ser un profesional al servicio de la sociedad.

A mi asesora de Tesis, Dra. Doris Hilda Delgado Pérez, por haberme motivado a terminar esta tarea que había dejado como un pendiente por mucho tiempo, así mismo por tener paciencia y apoyarme a superar mis desaciertos y ausencias.

A la Lic. Patricia Palomo por guiar mi etapa universitaria y enseñarme a ejercer la carrera con responsabilidad y madurez.

A cada una de las personas (directivos, madres) que de forma directa o indirecta participaron en la realización de este estudio, gracias por su tiempo y dedicación.

A mi colega de investigación Vanessa Tintaya por haber sido mi compañera en la realización de este estudio y por demostrar una voluntad inquebrantable ante las dificultades.

Tabla de Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	01
II.	OBJETIVOS	07
	2.1 General	07
	2.1 Específico	07
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	09
	3.1 Tipo de investigación	09
	3.2 Población	09
	3.3 Tamaño de Muestra	10
	3.4 Variables	11
	3.5 Técnicas e Instrumentos	13
	3.6 Plan de Procedimientos	14
	3.7 Procesamiento y tabulación de datos	15
	3.8 Análisis de datos	16
	3.9 Consideraciones éticas	18
IV.	RESULTADOS	19
	4.1 Cuantitativo	19
	4.2 Cualitativo	29
V.	DISCUSIÓN	39
VI.	CONCLUSIONES	47
VII.	RECOMENDACIONES	49
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

Índice de Tablas

Tabla 1: Características de la muestra según técnica cualitativa	10
Tabla 2: Operacionalización de variables según enfoque cuantitativo	12
Tabla 3: Operacionalización de variables según enfoque cualitativo	13
Tabla 4: Puntuación de cumplimiento del enfoque cuantitativo	16
Tabla 5: Características antropométricas e índices nutricionales según grupo de edad	19
Tabla 6: Edad promedio de introducción de alimentos líquidos diferentes la leche materna	20
Tabla 7: Edad promedio de introducción de preparaciones diferentes a la leche materna	20
Tabla 8: Cumplimiento a la alimentación complementaria y estado nutricional según el índice Peso/Talla	26
Tabla 9: Cumplimiento a la alimentación complementaria y estado nutricional según el índice Talla/Edad	27
Tabla 10: Características generales de las madres y niños de 6-24 meses	29

Índice de Figuras

Figura 1: Consumo de alimentos de origen animal	21
Figura 2: Consumo de frutas y verduras	21
Figura 3: Nivel de higiene y manejo de alimentos	22
Figura 4: Consumo de bebidas durante el periodo de enfermedad	22
Figura 5: Consumo de alimentos durante el periodo de enfermedad	23
Figura 6: Adherencia a las normas alimentarias	23
Figura 7: Peso/Talla en niños amamantados	24
Figura 8: Talla/Edad en niños amamantados	24
Figura 9: Cumplimiento a la lactancia materna y estado nutricional según el índice Peso/Talla	25
Figura 10: Cumplimiento a la lactancia materna y estado nutricional según el índice Talla/Edad	26
Figura 11: Adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional según el índice Peso/Talla	27
Figura 12: Adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional según el índice Talla/Edad	28
Figura 13: Signos de hambre y satisfacción en niños amamantados	33
Figura 14: Prácticas y actitudes durante las comidas en niños amamantados	37
Figura 15: Alimentación perceptiva en niños amamantados	38

Índice de anexos

Anexo 1: Formato de consentimiento informado	55
Anexo 2: Cumplimiento por indicador	57
Anexo 3: Formato de encuesta sobre las normas alimentarias y hoja de registro de medidas antropométricas	58
Anexo 4: Formato de encuesta de frecuencia de consumo de alimentos	64
Anexo 5: Formato de la lista de chequeo de higiene y manejo de los alimentos	65
Anexo 6: Guía de entrevista semi – estructurada a profundidad	66
Anexo 7: Guía de observación a profundidad	67
Anexo 8: Galería fotográfica	68

Resumen

Introducción: Las normas alimentarias para la población infantil engloban varias dimensiones como lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación perceptiva, cumplir las recomendaciones asegura el bienestar del niño. **Objetivos:** Determinar la relación entre adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y explorar la alimentación perceptiva en niños amamantados de 6 - 24 meses de edad. **Metodología:** Enfoque mixto. Cuantitativo, diseño descriptivo de asociación cruzada, observacional y transversal. Cualitativo, diseño etnográfico. Enfoque cuantitativo participaron 36 lactantes (censo) y enfoque cualitativo 20 lactantes, todos, entre 6-24 meses de edad con sus respectivas madres/cuidadoras pertenecientes al Cerro Papa - Villa el Salvador. El enfoque cuantitativo aplicó una encuesta sobre normas alimentarias, registro de medidas antropométrica, lista de frecuencia de consumo y lista de chequeo de higiene y manejo de alimentos. El enfoque cualitativo aplicó una guía semiestructurada y una guía de observación a profundidad. **Resultados:** El 28% tuvo “alta” adherencia a las normas alimentarias, la mayoría de los niños tenían un adecuado estado nutricional. No se encontró relación entre las variables. La alimentación fue sensible a los signos de hambre y satisfacción en la mayoría de los casos. Las prácticas y actitudes de la madre/cuidadora durante las comidas fueron positivas y negativas. Algunos distractores se convirtieron en estimuladores. Hubo interacción constante durante la comida pero pocos periodos de aprendizaje. **Conclusiones:** No se encontró asociación entre adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional. Hubo diferentes actitudes y prácticas maternas durante las comidas.

Palabras clave: Adherencia, normas alimentarias, estado nutricional y alimentación perceptiva.

Abstract

Introduction: The dietary guidelines for the child population encompass several dimensions such as breastfeeding, complementary feeding and perceptual feeding, complying with the recommendations ensures the well-being of the child. **Objectives:** To determine the relationship between adherence to dietary guidelines with nutritional status and to explore perceptual feeding in breastfed children 6-24 months of age. **Methodology:** Mixed approach. Quantitative, descriptive, cross-association, observational and cross-sectional design. Qualitative, ethnographic design. A quantitative approach involved 36 infants (census) and a qualitative approach, 20 infants, all between 6-24 months of age with their respective mothers / caregivers belonging to Cerro Papa - Villa El Salvador. The quantitative approach applied a survey on dietary guidelines, anthropometric measurement, consumption frequency list and food hygiene and handling checklist. The qualitative approach applied a semi-structured guide and an in-depth observation guide. **Results:** Twenty – eight percent "high" adherence to the dietary guidelines, most of the children had an adequate nutritional status. No relationship was found between the variables. Feeding was sensitive to signs of hunger and satisfaction in most cases. Mother / caregiver practices and attitudes during mealtimes were positive and negative. Some of the distractors could become stimulated. There was constant interaction during mealtimes but few learning periods. **Conclusions:** No association was found between adherence to dietary guidelines and nutritional status. There were different maternal attitudes and practices during the meals.

Keywords: Adherence, dietary guidelines, nutritional status, and perceptual eating.

I. INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una etapa donde se experimenta rápidos y profundos cambios; “el niño pasa de estar dotado de capacidades elementales a dominar habilidades complejas” (físicas, cognitivas y sociales) ⁽¹⁾. Una adecuada nutrición en los primeros años de vida acompañada de un ambiente con experiencias propicias puede lograr que el niño alcance su máximo crecimiento y desarrollo ^{(2) (3)}.

El estado nutricional se encuentra influenciado por diferentes factores (físicos, biológicos, culturales y socioeconómicos) que en conjunto determinan el balance entre la ingesta y el requerimiento de nutrientes ⁽⁴⁾. El déficit o exceso en algún nutriente puede causar enfermedades que limiten el crecimiento y desarrollo del niño, las consecuencias de esta condición se evidenciarán en la vida futura del niño, cuando la persona presente dificultades para incorporarse al mundo laboral y esto a su vez impacte negativamente en el desarrollo del país ⁽⁵⁾.

Las deficientes prácticas de alimentación son la principal causa de desnutrición infantil en países como el nuestro. A fin de abordar el problema se han elaborado recomendaciones sobre una adecuada alimentación infantil ⁽²⁾. Ya desde el año 2002 organismos internacionales, en reunión de expertos, diseñaron recomendaciones para que los profesionales de la salud puedan llevar a cabo el rol de “proteger, promover y apoyar una alimentación apropiada para el lactante y niño pequeño” ^{(5) (6)}. Todas las guías (a nivel mundial) de alimentación infantil están basadas en esas recomendaciones. En el año 2004 el Ministerio de Salud (MINSA) a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) publicó una norma técnica “Lineamientos de la Nutrición Infantil” cuya finalidad fue “brindar orientaciones al cambio de comportamiento alimentario y nutricional del niño menor de 24 meses” ^{(7) (8)}. Recientemente en el año 2020 se actualizó dicho documento técnico “Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad” ⁽⁹⁾.

En las normas alimentarias se recomienda la alimentación del niño menor de 24 meses, lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, iniciación de la alimentación complementaria (AC) a partir de los 6 meses y continuación de LM hasta los 2 años ^{(2) (3) (5) (7) (8)}. Sin embargo a pesar de existir documentos normativos, persiste el problema

mundial del incumplimiento de la LME así como, inadecuada introducción de alimentos diferentes de la LM ⁽⁵⁾. En nuestro país según encuestas nacionales en el año 2019, iniciaron la LM en la primera hora de nacimiento solo el 49.4% de los niños y solo el 65.6% tuvo LM en los primeros 6 meses de vida ⁽⁶⁾. La desnutrición crónica estuvo presente en el 18.5% de niños menores de 2 años y la anemia en el 40.1% de niños entre 6 – 36 meses ^{(10) (11)}.

Los niños dependen de los cuidados de la madre/cuidador, que como responsable debería brindar los cuidados necesarios para que el niño crezca sano en base a las recomendaciones brindadas por el personal de la salud ⁽³⁾. Por lo tanto, el nivel de adherencia por parte de las madres a las recomendaciones del personal de salud puede hacer la diferencia. Se ha demostrado que las adecuadas prácticas de LM y AC están dentro de las intervenciones más positivas para resguardar la salud infantil ⁽⁵⁾.

La adherencia al cumplimiento de la LM es vital, porque es un alimento completo (contiene grasas, carbohidratos, proteínas, minerales y agua) ideal para el niño menor de seis meses. Tiene una composición rica en inmunonutrientes que sirve también como agente inmunizante contra diferentes enfermedades y proporciona todos los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño ⁽²⁾. Los efectos de su consumo a mediano, corto y largo plazo son múltiples, contribuyen al desarrollo neurológico del niño, proveen factores anti-infecciosos, factores bioactivos y evitan que en la vida adulta se generen enfermedades de origen inmunológico (asma, enfermedad celiaca, enfermedad de Crohn, etc.).

También la adherencia al cumplimiento de brindar la LM durante la primera hora de vida es fundamental para el lactante. El calostro, “leche especial que es secretado durante los primeros 2-3 días después de parto”, es indispensable para el lactante porque ejerce una función de protección y preparación de la mucosa intestinal para posteriormente recibir los nutrientes de la leche. El calostro es segregado en mayor cantidad (50 ml.) en las primeras doce horas postparto por lo tanto el recién nacido debe entrar en contacto con su madre durante ese periodo y beneficiarse de las bondades de este ^{(2) (3) (5)}.

Otro aspecto considerado al que debe haber adherencia por parte de la madre es el cumplimiento de una AC adecuada. La AC es el proceso que da inicio cuando la LM (por si sola) ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del niño y por ende otros alimentos son necesarios; la AC no sustituye a la LM solo la complementa, ⁽¹²⁾ por ello no

debe asumirse como un ablactación lactante ⁽¹³⁾. Durante el período de AC existe riesgo de desnutrición ya que frecuentemente los alimentos complementarios son de baja calidad y no cuentan con ser oportunos, inocuos y adecuados. Oportuno: en el momento que el niño requiere, considerando que hay un proceso ordenado de introducción de alimentos que respeta el estado de salud del niño (Infección Diarreica o Respiratoria el consumo de líquidos así como los cuidados serán mayores). Inocuo: las buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos contribuyen a disminuir el desarrollo de enfermedades diarreicas. Adecuado: debe cubrir los requerimientos energéticos y de nutrientes que la LM ya no cubre, por lo que a medida que el niño crece la ingesta de alimentos también crecerá ^{(5) (8)}.

Todas las recomendaciones para una apropiada alimentación del niño se establecen en una publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en el cumplimiento de la cantidad, consistencia, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes de los alimentos. Cantidad: hasta los 6 meses la LME proporciona todos requerimiento nutricionales del niño sin embargo a partir de esa edad hay una brecha que se incrementa y debe ser cubierta por la AC. Consistencia: la maduración de los dientes es un proceso que continua según la edad del niño por ello la textura de las preparaciones debe ir acorde a esto. Frecuencia: a medida que la LM disminuye se debe incrementar el número de comidas ofrecidas diariamente. Densidad energética: ‘la capacidad gástrica de un niño es limitada por ello la relación de kilocalorías por ml/ gr debe ser óptima (0.8 – 1.0 kcal/gr). Contenido de nutrientes: la variedad de los alimentos (origen animal y vegetal) debe asegurar la cobertura de macro y micronutrientes y en caso de no ser suficientes debe recurrirse a alimentos fortificados o suplementos nutricionales ^{(2) (8)}.

La madre/cuidador presenta ciertas complicaciones en el cumplimiento a las guías alimentarias. En México, un estudio reporta conocer las pautas y diversificación de la AC durante la incorporación del niño la dieta familia. La muestra es dividida en grupos “según el periodo de lactancia, dieta de transición, integración de la dieta familiar modificada o integración a la dieta familiar” y se reporta que solo la tercera parte de los niños del primer grupo lo hacían siguiendo las recomendaciones y en el tercer grupo se reporta variedad de alimentos según las indicaciones ⁽¹⁴⁾.

Otro estudio en lactantes mexicanos reporta que la duración promedio de LM es de 8 meses y solo el 43% de niños tiene LM hasta el año. Así mismo hay una gran proporción de niños

menores de un año que consumen alimentos hipercalóricos. El retraso de crecimiento y sobrepeso son los diagnósticos nutricionales más prevalentes ⁽¹⁵⁾.

El poco cumplimiento a las guías alimentarias también se observa en Cuba, donde un estudio reporta que existe bajo consumo de frutas y verduras en niños “< 1 año”. El 45.3% sobrepasa las recomendaciones de energía para su edad y el 51.1% de niños de “1 a 2 años” tiene un deficiente consumo de hierro ⁽¹⁶⁾. Otro estudio, realizado en niños menores de 6 meses informa que al cuarto mes de edad solo el 41.6% recibía LME y al sexto solo el 13.3 %. Existe mayor presencia de EDAs, IRAs, episodios de sibilancias y síndromes febriles en niños que no recibieron LME ⁽¹⁷⁾.

Las recomendaciones de LM son las que poseen menor adherencia. En Panamá solo el 26% de las madres ofrece LME durante los primeros seis meses de vida, el 57% de ellas continuó amamantando después de los 6 meses. Los alimentos más frecuentes durante la ablactación son la sopa y el puré de frutas ⁽¹⁸⁾. En lactantes argentinos se reporta una introducción temprana de los alimentos con densidades energéticas y nutrientes inadecuados. Los primeros alimentos incorporados son puré, sopa y papilla y la edad promedio de incorporación de alimentos es de 4.4 meses ⁽¹⁹⁾.

En el Perú encontramos resultados similares a otros países. Un estudio reporta que las prácticas maternas en niños cuya residencia es Lima incumplen principalmente las prácticas de LME y consumo de micronutrientes. En los niños residentes en Iquitos hay mayor incumplimiento a la dieta recomendada para la edad ⁽²⁰⁾. Otro estudio en niños peruanos indica que hay asociación entre LME y menor probabilidad de presentar EDAs, infección inespecífica y algún problema de salud de origen infeccioso ⁽²¹⁾.

Por otro lado, las normas alimentarias no solo ofrecen recomendaciones orientadas a nutrición sino también a la alimentación perceptiva (AP) ya que estas generan oportunidades para el desarrollo emocional, del lenguaje y del aprendizaje temprano. La AP se define como un “proceso recíproco en el que las madres/cuidadores prestan atención a las señales de hambre y saciedad del niño, respondiendo de una manera amorosa y apropiada” ⁽³⁾. La AP refiere que la alimentación no solo aborda la ingesta de alimentos, sino también el “cómo, cuándo, dónde y quien alimenta al niño” ^{(2) (8)}. La AP se fundamenta en cuatro pasos: a) Las madres/cuidadores crean rutinas estructuradas con perspectiva de un ambiente que estimule

la acción mutua con el niño. b) Comunicación verbal o no verbal de necesidades por parte del niño a la madre/cuidadora. c) Respuesta rápida, cariñosa y apropiada (considerando la edad) por parte de la madre/cuidador al niño. d) Confianza por parte del niño a la madre/cuidador para que sus necesidades sean atendidas y satisfechas ⁽³⁾.

Existen cuatro tipos de crianza que se han relacionado con los comportamientos de la madre/cuidadora durante la alimentación. El de tipo autoritario y democrático que cumple los cuatro pasos de la AP por lo que el niño aprende a regular su apetito y desarrolla buenos hábitos alimentarios. El de tipo autoritario y controlador donde encontramos imposición de decisiones o estructuras sin prestar atención a las señales de hambre o saciedad, el resultado es un niño inseguro al momento de manejar su alimentación. El de tipo no involucrado o negligente donde no hay una estructura de alimentación, no se presta atención a las señales de hambre o saciedad del niño y no existe interacción (ambiente negativo), el resultado es un niño con alimentación que no responde a sus necesidades de hambre. El de tipo indulgente donde la madre/cuidadora ofrece cariño al niño pero sin una estructura de alimentación (los alimentos son usados como premios, consuelos o castigos) esta situación resulta un niño con malos hábitos alimentarios ⁽³⁾.

Los comportamientos durante la alimentación aseguran la ingesta de alimentos por eso son tan importantes como el acceso y la disponibilidad los alimentos ⁽³⁾. En países de bajos ingresos la AP contribuye a que los niños estén más aptos a la alimentación. En Bangladesh un estudio de intervención de AP señala que en el grupo control hay mayor cantidad de alimentos consumidos e interacciones verbales ⁽²²⁾. Otro estudio reporta que dos tercios de las madres tienen un estilo de alimentación activa. Las madres animan a comer más y a auto-alimentarse en los niños mayores. Las madres que respondieron positivamente tienen niños activos que expresaron el deseo por la comida y el agua. Las madres dirigían verbalmente al niño a comer y evitar las distracciones durante la comida ⁽²³⁾.

Una situación diferente se reporta en Sri Lanka donde las prácticas de alimentación no responden de manera oportuna y sensible a las señales de hambre, no hay un ambiente agradable y saludable durante la alimentación. El horario de alimentación puede iniciar de una forma responsiva pero puede pasar a una alimentación forzada. La alimentación carece de estimulación psicosocial y apoyo emocional sin embargo las madres que brindan mayor

estimulación poseen niños con mejor desarrollo emocional (menor llanto, menor rechazo a comer y mayor apego) ⁽²⁴⁾.

La AP en países de baja y mediana economía disminuye la desnutrición infantil y en países de alta economía disminuye el riesgo de obesidad ⁽³⁾. En Reino Unido se reporta que los estilos de alimentación infantil incluyen bajos niveles de presión para comer y estímulos para probar nuevos alimentos, lo más frecuente es el uso de premios para probar ciertos alimentos o modificar ciertos comportamientos ⁽²⁵⁾.

Las recomendaciones de las normas alimentarias respecto a AP son poco estudiadas en Sudamérica. Algunos estudios, como el de niños colombianos demuestra que la mayoría de los padres señala usar prácticas responsivas (monitoreo, establecimiento de límites y modelamiento); sin embargo en los niños que presentan dificultades para la alimentación emplean prácticas no responsivas (presionar y regañar al niño para comer), indulgentes (darle de comer en el lugar que el niño decida) y negligentes (dejar solo al niño al momento de comer) ⁽²⁶⁾. Otro estudio en niños uruguayos señala que los factores asociados a la aceptabilidad de la comida son el ambiente y la conducta del adulto responsable ⁽²⁷⁾.

En el Perú, un estudio reporta que hay mayor comunicación efectiva (madre-hijo) en quienes tienen varios hijos (palabras efectivas durante la comida, juegos, cantos y familiares para animar a terminar de comer) ⁽²⁸⁾.

Finalmente la adherencia por parte de las madres/cuidadores a las recomendaciones que brindan las normas alimentarias a través del personal de salud va a ejercer un rol importante en el crecimiento y desarrollo del niño, este es el motivo por el cual es materia de estudio en esta investigación.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

2.1.1 Enfoque Cuantitativo

- Determinar la relación entre adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional en niños amamantados de 6 a 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.

2.1.2 Enfoque Cualitativo

- Explorar la alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses en marco de las normas alimentarias, Cerro Papa – Villa el Salvador.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Enfoque Cuantitativo

- Determinar la relación entre el cumplimiento a la lactancia materna y el estado nutricional según el índice Peso/Talla en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.
- Determinar la relación entre el cumplimiento a la alimentación complementaria y el estado nutricional según el índice Peso/Talla en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.
- Determinar la relación entre el cumplimiento a la lactancia materna y el estado nutricional según el índice Talla/Edad en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.
- Determinar la relación entre el cumplimiento a la alimentación complementaria y el estado nutricional según el índice Talla/Edad en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.

2.2.2 Enfoque Cualitativo

- Explorar si la alimentación responde a los signos de hambre y satisfacción en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.

- Identificar las prácticas y actitudes para mejorar la aceptación durante las comidas en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.
- Identificar las prácticas y actitudes frente a los distractores durante las comidas en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.
- Explorar el contacto entre la madre/cuidadora y el niño durante las comidas en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.

III. MATERIALES Y MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

Enfoque mixto.

3.1.1 Enfoque Cuantitativo y diseño de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo de asociación cruzada, observacional y transversal. Se basó en la observación de los hechos, libre de manipulación de variables, en un determinado momento sin buscar explicarlos, aunque se puede ofrecer una asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos ⁽²⁹⁾.

3.1.2 Enfoque Cualitativo y diseño de estudio

El tipo de estudio fue etnográfico. El propósito de la investigación fue describir y analizar las actividades cotidianas de las personas de una comunidad determinada y el significado que le dan a ese comportamiento ⁽²⁹⁾.

3.1.3 Descripción del escenario

La zona de estudio estuvo conformada por 6 asentamientos humanos del “Cerro Papa” pertenecientes al distrito de Villa el Salvador, cuentan con algunos servicios básicos (agua, luz y desagüe) pero carecen de pistas, veredas y sistema de eliminación de residuos de desecho. Existen diferentes tipos de viviendas que van desde construcciones prefabricadas hasta material noble. Los grupos familiares cuentan con un jefe de familia con trabajo formal o informal. En la zona de estudio encontramos bodegas de insumos básicos, boticas y un mercado. Respecto a instituciones del estado están presentes: un nido - jardín, dos guarderías “Cuna Más”, el programa Vaso de Leche y Comedores Populares. Hay un Centro de Salud asignada a la zona (ubicación es alejada), que coordina periódicamente campañas de salud y capacitaciones a las madres/cuidadoras a través de las promotoras de la salud.

3.2 Población

La población para el estudio fueron madres/cuidadoras y niños lactantes de 6 a 24 meses pertenecientes al Cerro Papa - Villa el Salvador. Según el registro de las promotoras de la

zona ascendieron a una población de 36 madres/cuidadoras, por lo que se procedió a un censo. El período de recolección de datos fue de marzo del 2013 a julio del 2014.

3.3 Tamaño de muestra

3.3.1 Enfoque cuantitativo

Censo a los 36 niños lactantes entre 6 - 24 meses de edad, con sus respectivas madres/cuidadoras pertenecientes al Cerro Papa - Villa el Salvador.

Criterios de elegibilidad:

- Niños sin ninguna enfermedad al momento de la encuesta
- Niños cuyas edades estén entre 6 a 24 meses.
- Madres o cuidadoras del menor presentes al momento de la encuesta.

3.3.2 Enfoque cualitativo

El tamaño de la muestra en el enfoque cualitativo fue de 20 madres/cuidadoras, que estuvo de acuerdo a la saturación de información; esto quiere decir que los muestreos adicionales ya no proporcionaron nueva información, solo fueron datos redundantes respecto a los recogidos anteriormente ⁽³⁰⁾. Se aplicó el muestreo intencional según criterios socioculturales (Tabla 1).

Tabla 1: Características de la muestra según técnica cualitativa, Cerro Papa- Villa el Salvador, Lima. (n=20)

CARACTERÍSTICA / CRITERIOS			TECNICAS	
			OBSERVACIÓN	ENTREVISTA A PROFUNDIDAD
Madre con hijo	Paridad	1 hijo	1	1
		>1 hijo	1	1
	Estado Civil	Con pareja	1	1
		Sin pareja	1	1
	6 - 24 meses	Instrucción	Con estudio superior	1
Sin estudio superior			1	1
Situación Laboral		Trabaja	1	1
		No trabaja	1	1
Tipo de Familia		Familia Nuclear	1	1
	Familia extendida	1	1	
TOTAL			10	10

3.4 Variables

3.4.1 Definición Operacional

Adherencia a las normas alimentarias: Cumplimiento del conjunto de recomendaciones, tales como LM en la primera hora de vida, LME y AC. Contenidos nutricionales que deben haber recibido por los profesionales de la salud mediante actividades y mensajes educativos ^{(9) (31)}.

Estado nutricional: “Condición fisiológica que resulta de la relación entre las necesidades nutricionales de la persona con la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes presentes en los alimentos” ^{(10) (32)}.

Alimentación perceptiva: “Proceso recíproco en el que la madre/cuidadora presta atención a las señales de hambre y saciedad del niño. Respuesta amorosa o apropiada por parte de la madre/cuidadora hacia el niño durante las comidas” ⁽⁵⁾.

La operacionalización de la variable del enfoque cuantitativo se presenta en la Tabla 2 y del enfoque cualitativo en la Tabla 3.

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

Tabla 2: Operacionalización de variables según enfoque cuantitativo, Cerro Papa - Villa el Salvador, Lima.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorías/Punto de Corte **	Escala de medición
Adherencia a las normas alimentarias *	Cumplimiento a la Lactancia Materna (LM)	- LM en la primera hora de vida	Si=1 No=0	Nominal
		- LM exclusiva durante los 6 primeros meses	Si=1 No=0	Nominal
	Cumplimiento a la Alimentación Complementaria (AC)	- Inicio de AC	Cumple=1 No cumple=0	Nominal
		- Consistencia de las preparaciones	Adecuado=1 Inadecuado=0	Nominal
		- Frecuencia de las comidas	Adecuada=1 Inadecuada=0	Nominal
		- Incluir alimentos de origen animal	Si=1 No=0	Nominal
		- Consumo de frutas y verduras	Si=1 No=0	Nominal
		- Consumo de suplementos de vitaminas y minerales.	Si=1 No=0	Nominal
		- Buenas prácticas de higiene y manejo de alimentos	Alto=1 Medio=0.5 Bajo=0	Ordinal
		- Alimentación durante el estadio de enfermedad (IRAs y EDAs).	Adecuado=1 Inadecuado=0	Nominal
Estado Nutricional		- Talla para la edad	Normal ≥ 2 DE y ≤ -1 DE Riesgo Talla Baja < -1 DE y ≤ -2 DE Talla baja < -2 DE	Ordinal
		- Peso para la talla	Obesidad >3 DE Sobrepeso >2 DE Normal ≥ 2 DE y ≤ -2 DE Desnutrición aguda <-2 DE	Ordinal

Fuente: *"Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, 2004". ***Efecto de la intervención sobre el cumplimiento de recomendaciones de alimentos para el primer año de vida: ensayo clínico aleatorizado con madres adolescentes y abuelas maternas" ⁽³³⁾.

Tabla 3: Operacionalización de variables según enfoque cualitativo, Cerro Papa - Villa el Salvador, Lima.

VARIABLE	DIMENSIÓN	TEMA
Alimentación perceptiva	Alimentación responde a los signos de hambre y satisfacción.	Comunicación no verbal frente al hambre Comunicación verbal frente al hambre Auto alimentación Alimentación sin signos de hambre Prácticas y actitudes de alimentación no inmediata Prácticas y actitudes de alimentación inmediata Respuesta positiva de la madre/cuidadora frente a la saciedad Respuesta negativa de la madre/cuidadora frente a la saciedad Respuesta emocional del niño frente a la saciedad Respuesta corporal del niño frente a la saciedad Respuesta verbal del niño frente a la saciedad
	Prácticas y actitudes para mejorar la aceptación durante las comidas.	Prácticas de la madre/cuidadora a través de actividades Prácticas de la madre/cuidadora a través de alimentos Respuesta en actitudes del niño Respuesta en prácticas del niño Refuerzos
	Prácticas y actitudes frente a los distractores durante las comidas.	Distractores Respuesta en actitudes de la madre/cuidadora Respuesta en prácticas de la madre/cuidadora Respuesta en prácticas del niño Refuerzos
	Contacto entre la madre/cuidadora y el niño durante las comidas.	Contacto visual durante la comida Comunicación durante la comida Periodos de aprendizaje durante la comida

3.5 Técnicas e Instrumentos

3.5.1 Enfoque Cuantitativo

La técnica que se utilizó para determinar la adherencia a las normas de la alimentación complementaria fue la entrevista estructurada.

Los instrumentos utilizados fueron:

- 1) La encuesta de Salud del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) adaptado de acuerdo a los objetivos del estudio, constituido por 16 preguntas sobre las recomendaciones de lactancia materna y alimentación del niño ^{(34) (35)}.
- 2) Hoja de registro de medidas antropométricas, para registrar el peso y talla.
- 3) Encuesta de frecuencia de consumo de alimentos que a menudo es usada en los primeros años, en total se han considerado 22 alimentos ⁽³⁴⁾.
- 4) Lista de chequeo, para evaluar higiene y manejo de los alimentos. Este instrumento estuvo compuesto por 8 aspectos señalados en los Lineamientos de Nutrición Infantil ⁽⁸⁾.

Los instrumentos fueron aplicados a las madres/cuidadoras en sus respectivos hogares durante la visita.

3.5.2 Enfoque Cualitativo

Para explorar la alimentación perceptiva se aplicó la técnica de entrevista a profundidad y observación al participante.

Los instrumentos utilizados fueron: una guía semiestructurada de 7 preguntas y una guía de observación a profundidad de 5 puntos. Ambas fueron evaluadas mediante juicio de expertos por 4 docentes de la Escuela Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Después de atender las sugerencias de los expertos se realizó la prueba piloto en la zona de estudio (se tomó como muestra 3 niños y sus respectivas madres/cuidadoras con las mismas características del estudio) ambas pruebas permitieron reestructurar 2 preguntas de la guía semiestructurada.

3.5.3 Validez y confiabilidad de instrumentos

Enfoque cuantitativo y cualitativo

Los instrumentos tuvieron una validez de contenido a través del juicio de expertos, proporcionado por profesionales de la Escuela Profesional de Nutrición vinculados con el área de investigación. Los aportes se tomaron en cuenta para mejorar algunos términos “palabras” del instrumento. El 100% estuvo de acuerdo en la idoneidad de los instrumentos. También se realizó una prueba piloto.

3.6 Plan de Procedimientos

Para la toma de datos se realizó las coordinaciones primero con la dirección de la Red de Salud Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac – Pucusana, del distrito de Villa el Salvador y después con el Centro de Salud San José. Con la autorización del CS se coordinó con las promotoras de salud encargadas de la zona, informándoles sobre el estudio a realizarse. Ellas alcanzaron la lista de niños que contaban con las características que el estudio requería.

Se realizó una única visita a cada hogar. Para ello previamente se procedió a informar sobre el estudio a cada madre/cuidadora del niño. Se solicitó el permiso correspondiente y se coordinó la fecha de visita.

El recojo de datos, por participante, tardó aproximadamente 80 minutos y se realizaron de la siguiente manera.

- Cuantitativo, se aplicó la encuesta para el recojo de datos de la adherencia a las guías alimentarias y mediciones antropométricas en el formato de registro. Las medidas fueron tomadas siguiendo las recomendaciones de un adecuado proceso (se descontó el peso de la ropa, el niño no uso accesorios en la cabeza, se quitó los zapatos y la posición del niño fue el apropiado según edad). Para el peso se usó la balanza Soehnle y para la talla un infantómetro de madera, ambos equipos calibrados. El equipo de toma de datos estuvo estandarizado.
- Cualitativo, se aplicó la guía semiestructurada (7 preguntas) y la guía de observación a profundidad (5 puntos) para explorar la alimentación perceptiva.

3.7 Procesamiento y tabulación de datos

3.7.1 Enfoque cuantitativo

Se realizó la limpieza y codificación de los datos cuantitativos. Estos fueron tabulados y procesados a través del Software Microsoft Excel 12 donde se elaboró la tabla de códigos y tabla matriz para su posterior análisis. Para asegurar la confiabilidad de los datos se utilizó la doble digitación a través del Software Microsoft Excel 12 usando las funciones del programa para las comparaciones.

3.7.2 Enfoque cualitativo

Se utilizó el Software Microsoft Excel 12 para transcribir la información obtenida de la entrevista a profundidad (guía semiestructurada y de observación a profundidad). Así mismo se tomó en cuenta los apuntes obtenidos de la bitácora de campo.

3.8 Análisis de Datos

3.8.1 Enfoque Cuantitativo

En el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. La adherencia a las normas alimentarias se obtuvo de la suma de los puntajes de cada indicador, en cada dimensión (Tabla 4). Se asignó un punto al cumplimiento de cada indicador, posterior a esto se sumó la puntuación y se determinó el nivel de cumplimiento. Los niveles de adherencia considerados fueron nivel bajo (0 – 3.99 puntos), medio (4 – 6.99 puntos) y alto (7 – 10 puntos). Los puntos de corte fueron tomados del estudio de Nunes y col ⁽³³⁾.

Tabla 4: Puntuación de cumplimiento del enfoque cuantitativo, Cerro Papa - Villa el Salvador, Lima.

Dimensión	Indicador	Puntaje
Cumplimiento a la Lactancia Materna (LM) 2 puntos	- LM en la primera hora de vida	1 punto
	- LM exclusiva durante los 6 primeros meses	1 punto
Cumplimiento a la Alimentación Complementaria (AC) 8 puntos	- Inicio de AC	1 punto
	- Consistencia de las preparaciones	1 punto
	- Frecuencia de las comidas	1 punto
	- Incluir alimentos de origen animal	1 punto
	- Consumo de frutas y verduras	1 punto
	- Consumo de suplementos de vitaminas y minerales.	1 punto
	- Buenas prácticas de higiene y manejo de alimentos	1 punto
Adherencia 10 puntos	- Alimentación durante el estadio de enfermedad (IRAs y EDAs).	1 punto

Para determinar el grado de asociación cruzada entre las variables adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional se aplicó la prueba estadística χ^2 con un nivel de confianza del 95% (paquete estadístico SPSS versión 21). La prueba χ^2 es una prueba estadística que se emplea para medir la relación entre dos variables categóricas, ya sean nominales u ordinales, para hallar los resultados se usa una tabla de contingencia que dispone dos dimensiones, cada una con una variable y cada variable con 2 o más categorías⁽³⁶⁾.

Se presentaron los resultados en figuras y cuadros para su posterior interpretación.

3.8.2 Enfoque Cualitativo

El proceso de análisis de los datos cualitativo consideró el método inductivo. Se procedió a leer, codificar, presentar, reducir e interpretar las codificaciones⁽³⁷⁾.

A medida que se recogían los datos (grabaciones) se realizaban las transcripciones en una hoja del Software Microsoft Excel, dejando una columna a la izquierda para la codificación inicial. La etapa de codificación se realizó a partir del análisis por párrafos, se identificaron las unidades de significado y a través de la comparación (similar o diferente) constante. Cada unidad fue categorizada y se le asignó un código (codificación axial)⁽³⁶⁾.

Durante la etapa de presentación se examinaron las categorías que después fueron comparadas para identificar similitudes, diferencias y posibles vínculos entre ellas. Esto permitió confirmar o reasignar códigos para después integrarlas en subtemas o temas. En las etapas de reducción e interpretación se identificaron las formas cómo se relacionan los subtemas y temas, para lo que se empleó diversas herramientas como mapas conceptuales, matrices y otras imágenes visuales con la finalidad de proporcionar un sentido de entendimiento amplio del problema abordado. Las herramientas señaladas anteriormente se usaron para la presentación de los resultados⁽³⁸⁾.

Se realizó la triangulación por técnica, la cual consistió en contrastar la información de las entrevistas a profundidad con la guía de observación.

Respecto al rigor de la investigación en el enfoque cualitativo se utilizó varios criterios. La credibilidad; se cumplió con haber captado el significado completo y profundo de las

experiencias y haber comunicado el lenguaje, pensamiento, emoción y punto de vista de cada participante de forma literal y total. También se realizó la triangulación de datos (diferentes métodos de recolección de información). La transferencia se logró porque el estudio contribuye a un mayor conocimiento del fenómeno y a establecer algunas pautas para futuros estudios. La confirmabilidad se logró porque se minimizó los sesgos y tendencias del investigador para ello se consideró la estancia prolongada en la zona de estudio, la bitácora de campo y la triangulación ⁽³⁶⁾.

3.9 Consideraciones Éticas

La investigación se rige dentro de los cuatro principios éticos básicos establecidos por normas internacionales en investigaciones con seres humanos. Se cumplió con el principio de *autonomía*, ya que se solicitó la participación voluntaria de madres/cuidadores. Se explicó los objetivos del estudio y las implicancias de los resultados que se obtendrían. La madre/cuidadora que aceptó la participación de su hijo en este estudio procedió a firmar un consentimiento informado. Se cumplió con el principio de *beneficencia* y *no maleficencia*, al tratar de lograr los máximos beneficios con la investigación en favor de la población. También se buscó reducir al mínimo el daño que podría ocasionar, esto se materializó manteniendo en estricto estado de reserva las identidades de todos los participantes de la investigación. Se cumplió con el principio de *justicia*, al tratar a cada uno de los participantes de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado (Anexo 1).

IV. RESULTADOS

4.1 Enfoque cuantitativo

4.1.1 Características de la muestra

En el estudio participaron 36 madres/cuidadoras con sus respectivos niños (hijo) entre 6 - 24 meses residentes en el distrito de Villa el Salvador “Cerro Papa”. Del total de niños que participaron el 42% (n=15) fue de sexo femenino y el 58% (n=21) de sexo masculino. La edad promedio fue 12,3 \pm 5.5 meses. En la Tabla 5 se muestra la distribución de las características antropométricas e índices nutricionales según grupo de edad.

Tabla 5: Características antropométricas e índices nutricionales según grupo de edad en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Características antropométricas e índices nutricionales	Grupo de edad			
	<12meses		12-24meses	
	Promedio	DE	Promedio	DE
Peso (kg)	8.6	0.8	10.6	1.4
Talla (cm)	69	2.6	78.4	5.1
P/T (puntaje z)	0.6	0.8	0.7	0.7
T/E (puntaje z)	- 0.7	0.9	- 0.9	1.0

DE=Desviación Estándar

4.1.2 Lactancia Materna

Todos los niños que han participado en el estudio han lactado alguna vez, en promedio 10.9 \pm 19.8 horas después de nacer. El 33% (n=12) ha lactado en la primera hora de vida. El 8% (n=3) de los niños recibió lactancia materna exclusiva; mientras que el resto recibió algún tipo de alimento antes de cumplir 6 meses.

Fueron varios los alimentos líquidos introducidos antes de cumplir 6 meses de edad. La leche maternizada en promedio se introdujo a los 3.1 \pm 3.6 meses. Las agüitas e infusiones se introdujeron a los 4.5 \pm 1.6 meses (Tabla 6).

Tabla 6: Edad promedio de introducción de alimentos líquidos diferentes a la leche materna en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Alimentos líquidos	Edad(meses)			
	Promedio	DE	Mínimo	Máximo
Agüitas e infusiones	4.5	1.6	1.0	7.0
Leches maternizadas	3.1	3.6	0.0	15.0
Leche no maternizada	8.6	3.8	2.0	18.0
Caldos	6.1	1.4	4.0	12.0

4.1.3 Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria es el proceso de introducción de alimentos que se debe dar a partir de los 6 meses; así como la continuidad de la lactancia materna hasta los 2 años. Las preparaciones que consumieron antes de cumplir los 6 meses de edad fueron: sopa, puré (papas, frutas, verduras), mazamorra y papilla (Tabla 7).

Tabla 7: Edad promedio de introducción de preparaciones diferentes a la leche materna en niños 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Preparaciones	Edad(meses)			
	Promedio	DE	Mínimo	Máximo
Sopa espesa	7.0	2.4	4.0	18.0
Puré de papas y verduras	6.4	1.1	5.0	12.0
Puré de frutas	6.1	0.8	4.0	9.0
Mazamorra espesa	6.5	1.1	5.0	9.0
Papilla	6.0	0.6	4.0	7.0

Sobre la consistencia de los alimentos el 92% (n=33) de los niños tuvo un cumplimiento adecuado. Respecto a la frecuencia de comidas diarias el 89% (n=32) cumplía con tener un adecuado número de preparaciones según su edad.

El 75% (n=27) de los niños consumió diariamente algún alimento de origen animal. El hígado de pollo fue el más consumido 97% (n=35), seguido por la carne de pollo y el huevo de gallina (Figura 1).

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

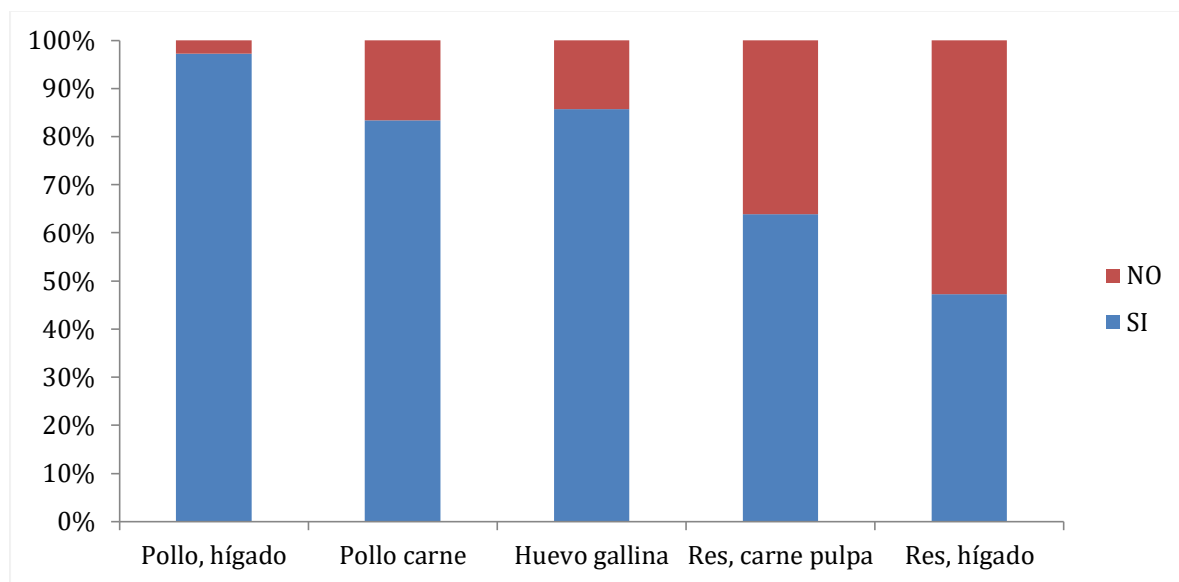


Figura 1: Consumo de alimentos de origen animal en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

El 97% (n=35) de los niños consumió diariamente alguna fruta o verdura. El zapallo fue la verdura más consumida, seguido por la zanahoria y el plátano de isla. (Figura 2).

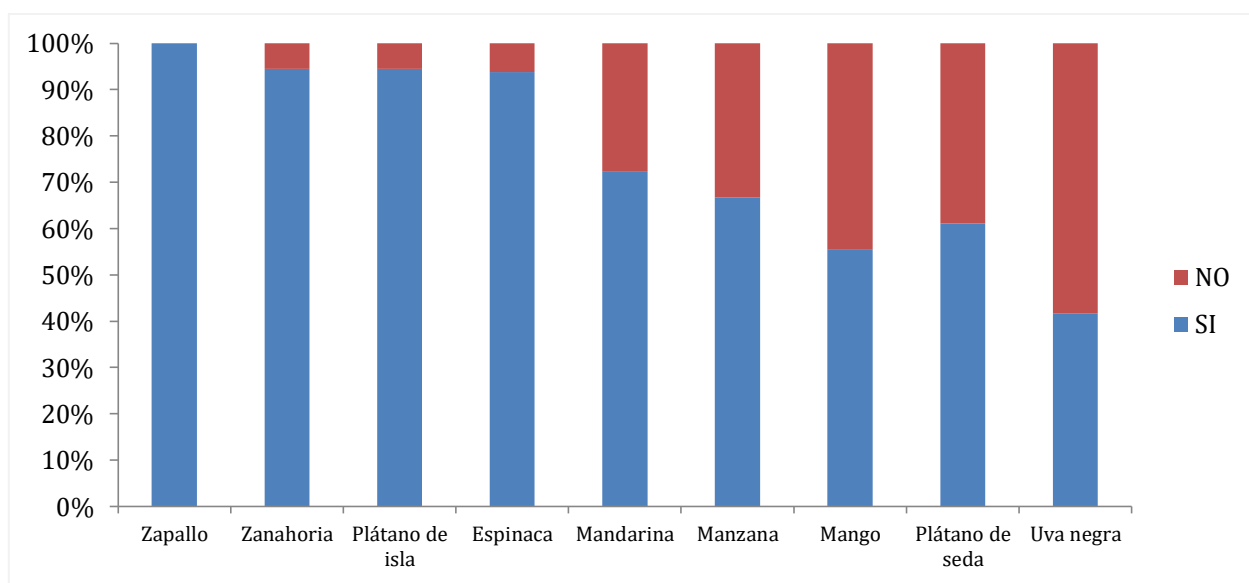


Figura 2: Consumo de frutas y verduras en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

La mitad de los niños (n=18) fue suplementado con micronutrientes y de ellos el 100% lo hizo con sulfato ferroso, en sus diferentes presentaciones.

Un tercio de las madres/cuidadoras tuvo un “alto” cumplimiento de las normas de higiene y manejo de alimentos, mientras que la mitad de ellas tuvo un cumplimiento “medio”. (Figura 3).

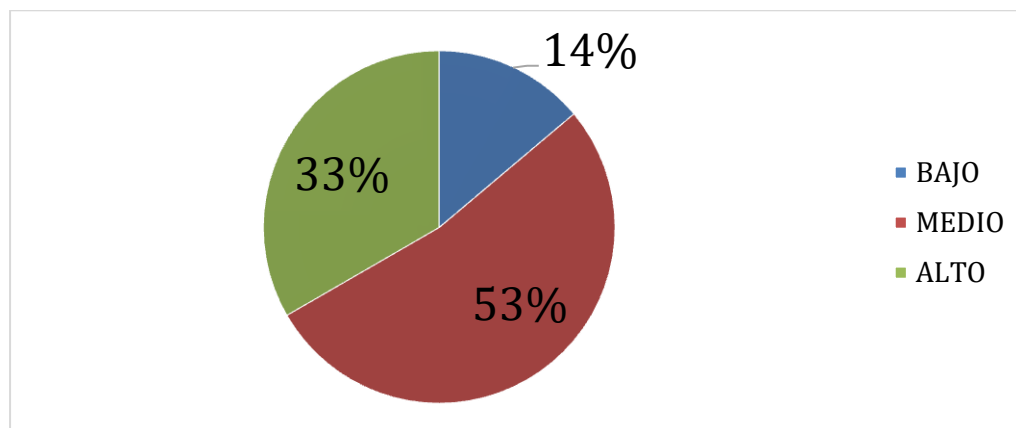


Figura 3: Nivel de higiene y manejo de alimentos en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Respecto a los cuidados durante el período de enfermedad (EDAs e IRAs) el 100% de los niños no recibió los cuidados necesarios de hidratación y alimentación, en conjunto. Respecto al consumo de bebidas cuando el niño cursó la enfermedad el 33% (n=12) de madres/cuidadores ofreció “más” cantidad y en el caso del consumo de alimentos el 29% (n=10) de madres/cuidadoras ofreció la “misma cantidad” de alimentos (Figura 4 y 5).

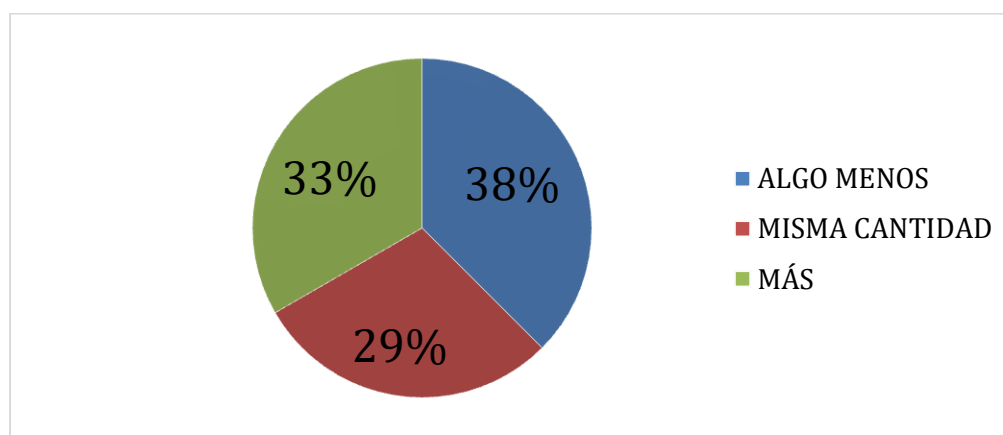


Figura 4: Consumo de bebidas durante el periodo de enfermedad en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=24)

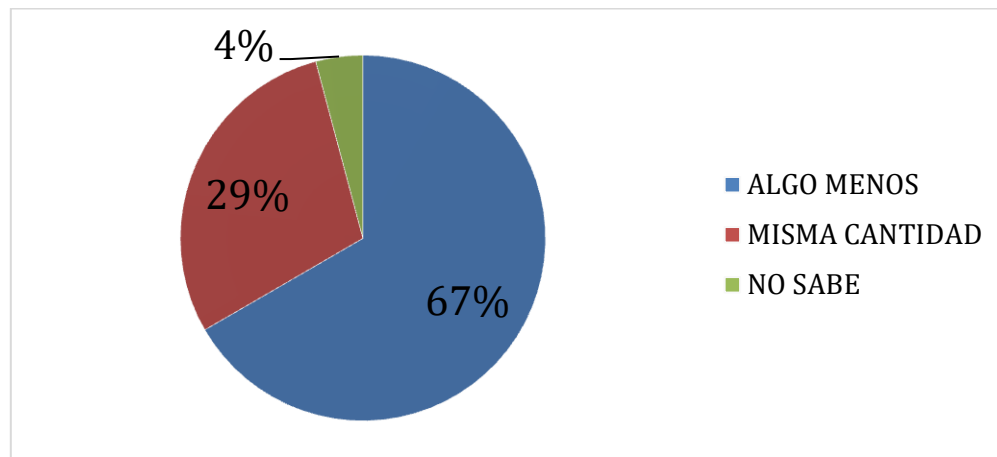


Figura 5: Consumo de alimentos durante el periodo de enfermedad en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=24)

4.1.4 Adherencia a las Normas Alimentarias

En la muestra estudiada se observó que el 28% (n=3) de las madres/cuidadoras tuvo “alta” adherencia a las normas alimentarias. La mayoría de las madres/cuidadores se encontró en el grupo de “mediana” adherencia (Figura 6).

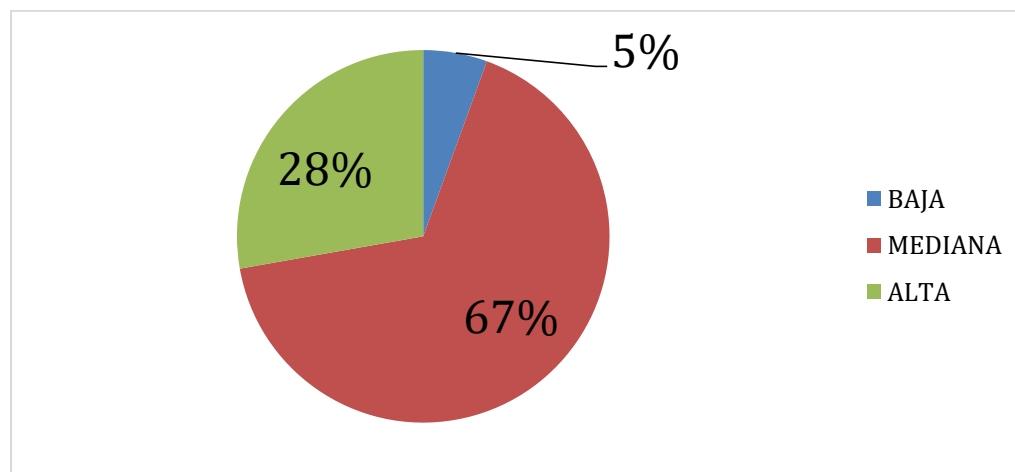


Figura 6: Adherencia a las normas alimentarias en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

4.1.5 Estado Nutricional

Respecto al índice de peso/talla la muestra presentó una curva de normalidad con tendencia hacia la derecha lo que indica cierta inclinación al sobrepeso (Figura 7).

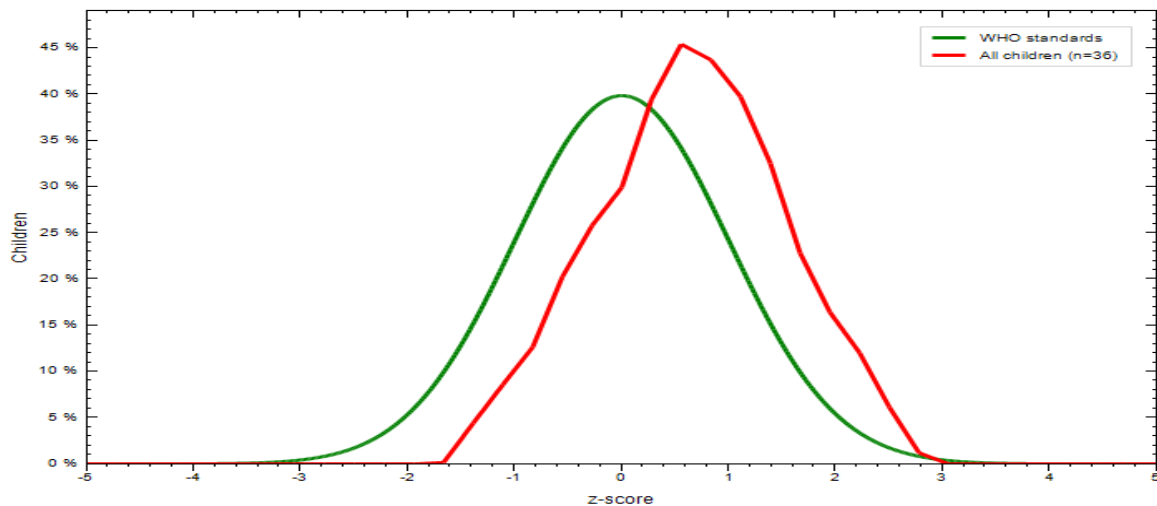


Figura 7: Peso/Talla en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Por otro lado en el índice talla/edad la muestra tuvo una curva de normalidad con tendencia a la izquierda lo cual indicó que hay cierta inclinación a la talla baja (Figura 8).

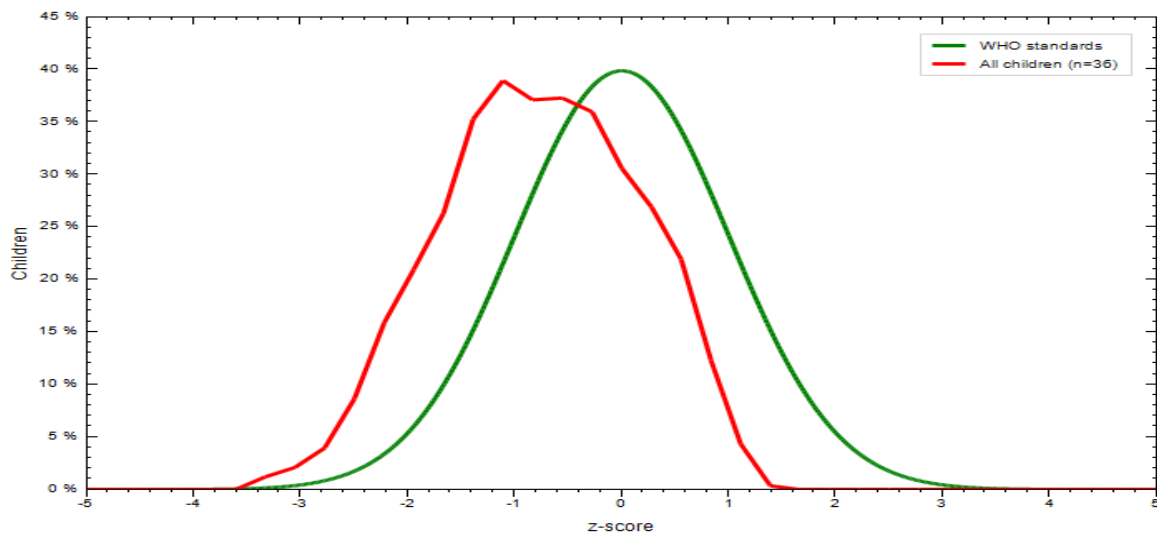
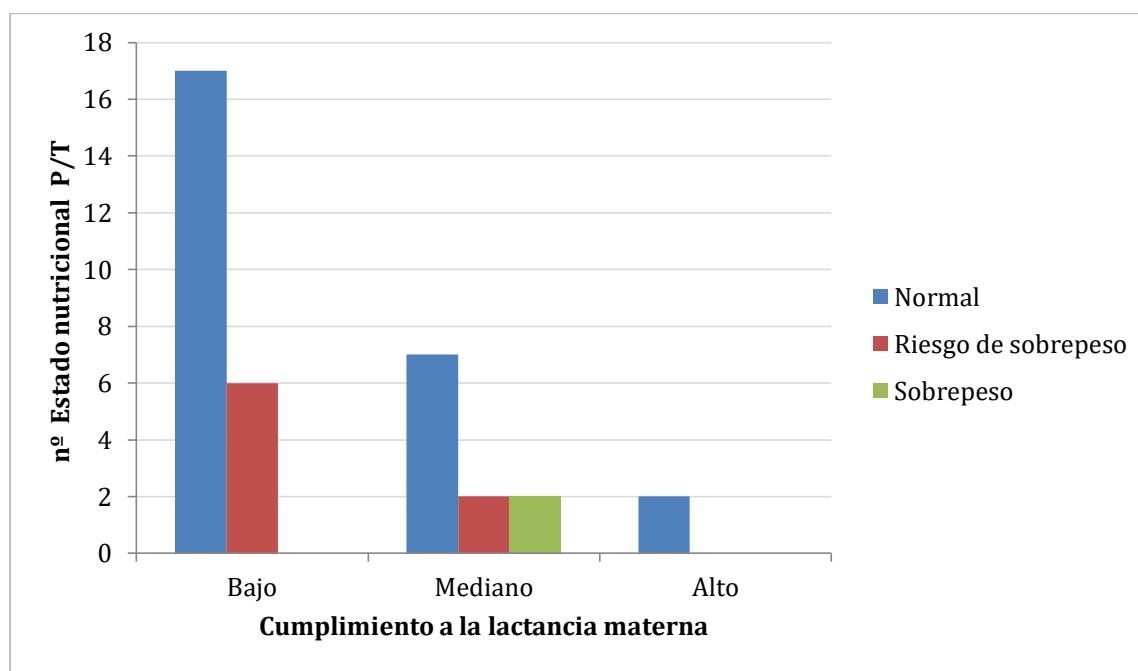


Figura 8: Talla/Edad en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

4.1.6 Cumplimiento a la Lactancia Materna y Estado Nutricional

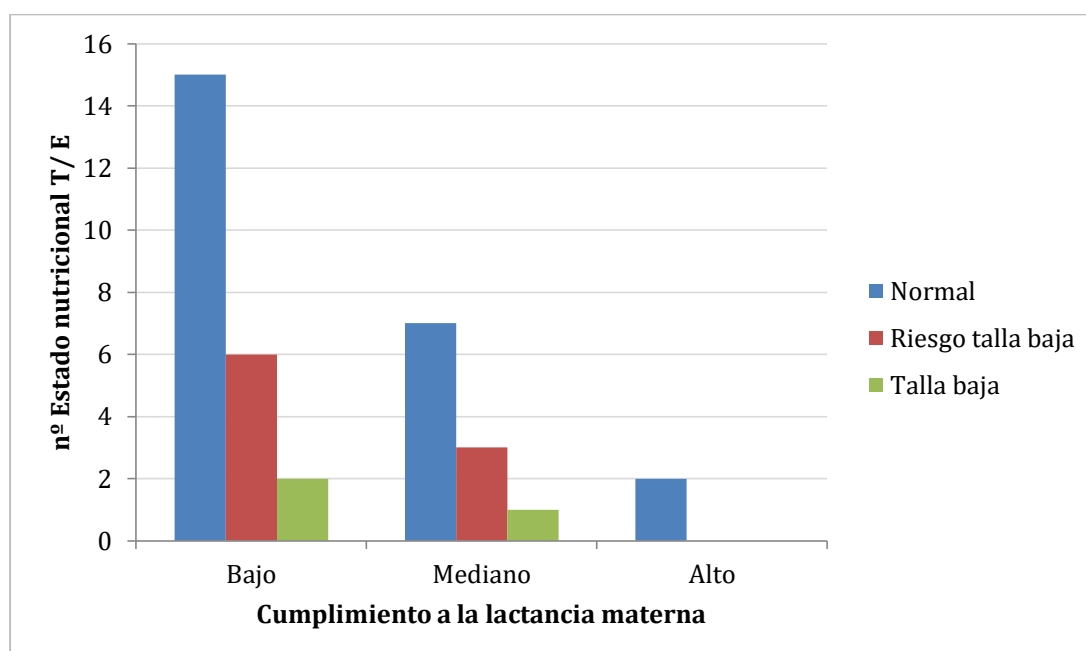
Al asociar las variables, se encontró que las madres/cuidadoras que presentaron un “bajo”, “mediano” y “alto” cumplimiento a la lactancia materna tuvieron niños con peso/talla normal. La mayoría de niños se encontró en el primer grupo. Hubo mayor “riesgo de sobrepeso” en niños con “bajo” cumplimiento. No se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.234$, Figura 9).



p de prueba Chi2 = 0.234

Figura 9: Cumplimiento a la lactancia materna y estado nutricional según el índice Peso/Talla en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Respecto a Lactancia Materna y el índice Talla/Edad, se encontró que las madres/cuidadoras que presentaron un “bajo”, “mediano” y “alto” cumplimiento a la lactancia materna tuvieron niños con talla/edad normal. La mayoría de niños se encontró en el primer grupo. Hubo mayor “riesgo talla baja” en niños con “bajo” cumplimiento. No se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.899$, Figura 10).



p de prueba Chi2 = 0.899

Figura 10: Cumplimiento a la lactancia materna y estado nutricional según el índice Talla/Edad en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

4.1.7 Cumplimiento a la Alimentación Complementaria y Estado Nutricional

Al asociar las variables, se encontró que las madres/cuidadoras que presentaron un “mediano” y “alto” cumplimiento a la alimentación complementaria tuvieron niños con peso/talla normal. La mayoría de niños se ubicó en el segundo grupo. Hubo igual “riesgo de sobrepeso” en niños con “mediano” y “alto” cumplimiento. No se halló asociación entre estas dos variables (p=0.429, Tabla 8).

Tabla 8: Cumplimiento a la alimentación complementaria y estado nutricional según el índice Peso/Talla en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

Cumplimiento a la AC	nº Estado nutricional P/T					
	Normal		Riesgo de sobrepeso		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Mediano	10	38.5	4	50	0	0
Alto	16	61.5	4	50	2	100
Total	26	100	8	100	2	100

p de prueba Chi2 = 0.429

Respecto a la Alimentación Complementaria y Talla/Edad, se encontró que las madres/cuidadoras que presentaron un “mediano” y “alto” cumplimiento a la Alimentación Complementaria tuvieron niños con talla/edad normal. La mayoría de niños se ubicó en el segundo grupo. Hubo mayor “riesgo talla baja” en niños con “alto” cumplimiento. No se halló asociación entre estas dos variables ($p=0.454$, Tabla 9).

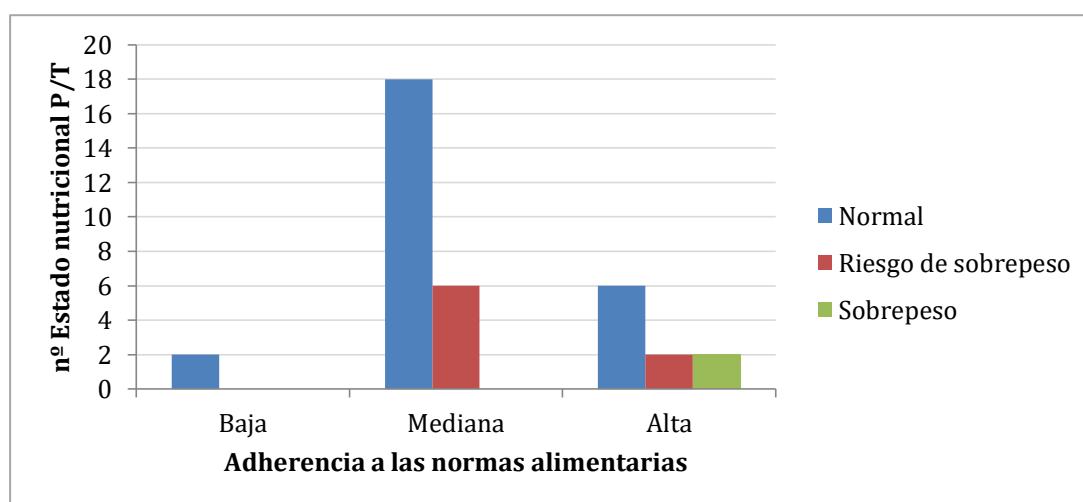
Tabla 9: Cumplimiento a la alimentación complementaria y estado nutricional según el índice Talla/Edad en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador ($n=36$)

Cumplimiento a la AC	nº Estado nutricional T/E					
	Normal		Riesgo talla baja		Talla baja	
	n	%	n	%	n	%
Mediano	11	45.8	2	22.2	1	33.3
Alto	13	54.2	7	77.8	2	66.7
Total	24	100	9	100	3	100

p de prueba Chi2 = 0.454

4.1.8 Adherencia a las Normas Alimentarias y Estado Nutricional

Al asociar las variables, se encontró que las madres/cuidadoras que presentaron una “baja”, “mediana” y “alta” adherencia a las normas alimentarias tuvieron niños con peso/talla normal. La mayoría de niños se ubicó en el segundo grupo. Hubo “sobrepeso” en niños con “alta” adherencia. No se halló asociación entre estas dos variables ($p=0.185$, Figura 11).

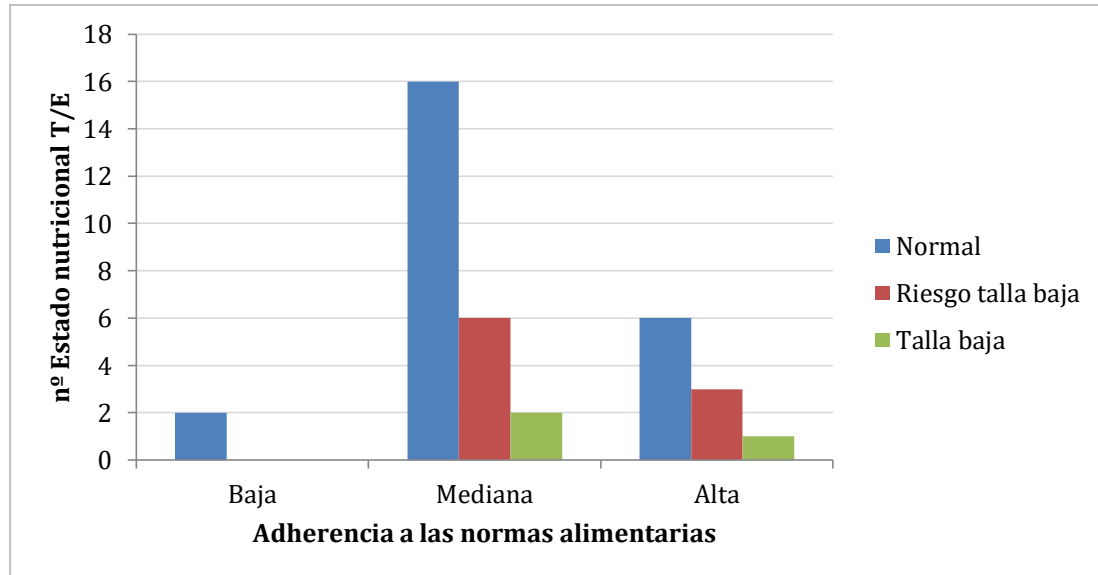


p de prueba Chi2 = 0.185

Figura 11: Adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional según el índice Peso / Talla en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador ($n=36$)

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

Al asociar las variables, se encontró que las madres/cuidadoras que presentaron una “baja”, “mediana” y “alta” adherencia a las normas alimentarias tuvieron niños con talla/edad normal. La mayoría de niños se ubicó en el segundo grupo. Hubo “talla baja” en niños con “mediana” y “alta” adherencia. No se halló asociación entre estas dos variables ($p=0.878$, Figura 12).



p de prueba Chi2 = 0.878

Figura 12: Adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional según el índice Talla / Edad en niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=36)

4.2 Enfoque cualitativo

4.2.1 Características de la muestra

La muestra final estuvo constituida por un total de 20 madres/cuidadoras. La edad promedio de las entrevistadas fue 26 años. En cuanto a las características, la mayoría de madres solo tuvo un hijo. Más de la mitad de las entrevistadas tenían pareja y no contaban con estudio superior. La mayoría de las madres no trabajaban. Según tipo de familia hubo similar cantidad entre familia nuclear y extendida.

Tabla 10: Características generales de las madres de niños de 6-24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador (n=20)

Características Generales	Promedio (Rango)
Edad de la madre (años)	26 (18 - 40)
Edad de la niño (meses)	11.9 (6 – 23)
	n (%)
Paridad	
1 hijo	15 (75)
>1 hijo	5 (25)
Estado Civil	
Con pareja	13 (65)
Sin pareja	7 (35)
Instrucción	
Con estudio superior	6 (30)
Sin estudio superior	14 (70)
Actividad Laboral	
Trabaja	3 (15)
No trabaja	17 (85)
Tipo de familia	
Familia nuclear	10 (50)
Familia extendida	10 (50)

Se ha encontrado los siguientes temas en relación a la alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador.

La alimentación responde a los signos de hambre y satisfacción: El niño solía manifestar su necesidad de ser alimentado usando algún tipo de comunicación y la madre/cuidadora respondía a lo requerido con actitudes y prácticas inmediatas o no inmediatas. Al final del proceso de alimentación, el niño emitía señales de estar satisfecho y la madre respondía con diferentes prácticas.

Prácticas y actitudes para mejorar la aceptación durante las comidas: La madre/cuidadora asistió al niño y motivó la alimentación usando diferentes herramientas. En algunos casos se observó situaciones de alimentación forzada.

Prácticas y actitudes frente a los distractores durante las comidas: Hubo situaciones y eventos que distrajeron al niño durante las comidas. La madre/cuidadora tuvo diferentes reacciones y prácticas para que el niño vuelva a retomar la comida.

Contacto entre la madre/cuidadora y el niño durante las comidas: Se presentó situaciones de comunicación y atención constante; sin embargo hubo ausencia períodos de aprendizaje, en la mayoría de casos.

4.2.2 Alimentación responde signos de hambre y satisfacción.

Se ha observado que los niños emiten diversas señales frente a la necesidad de ser alimentados. Ellos se manifestaron a través de una comunicación no verbal (envío y recepción de mensajes sin palabras). Esto quiere decir el uso del lenguaje corporal, expresión facial, sonidos y el contacto visual (Figura 13).

- *“Primero; porque sé queja, él hace ohm, umh y se queda como si quisiera algo.” (Madre con 1 hijo, N).*

Algunos niños manifestaron su necesidad de ser alimentado a través de la comunicación verbal, el niño articuló balbuceos o palabras.

- *“Me dice hamham y ya pues yo le digo ham y ella me dice hamham.” (Madre sin pareja, R).*

- *“Cuando me pide me dice am me dice. Oh am mama manzana”. (Madre que no trabaja, DN).*

Frente a dichos signos de hambre hubo diversas respuestas por parte de la madre/cuidadora. En algunos casos hubo alimentación inmediata al hambre. Los alimentos ofrecidos al niño fueron: leche materna, alimentos preparados o alimentos que no necesitan preparación.

- *“Le doy mi leche para que le pase el hambre.” (Madre con pareja, M).*

Se presentaron casos en los que la madre/cuidadora no ofrece una alimentación inmediata a los signos de hambre. En estos casos la madre/cuidadora al percibir los signos de hambre recién iniciaba con la preparación de los alimentos (olla familiar u olla especial para el niño).

- *“Empiezo a preparar rapidito su comida.” (Madre con familia extendida, TQ).*

Se encontró también que muchos niños presentaron los signos de hambre pero no fueron atendidos por la madre/cuidadora (de manera oportuna). En estos casos el niño optó por buscar los alimentos por sí solo. Entre los alimentos que mencionaron las madres/cuidadoras estuvieron las frutas o la leche materna.

- *“Agarra sola lo que quiere.” (Madre sin estudio superior, K).*

En contraste a ello también hubo presencia de madres/cuidadores que alimentaban a sus niños sin la presencia de signos de hambre. Ellas manifestaron que lo hacían porque previamente habían establecido un horario o porque la preparación estaba lista y el niño tenía que comer.

- *“A veces sin que ella me pida yo ya le estoy dando de comer.” (Madre con estudio superior, S).*

Otro hallazgo fue que algunos niños rechazaban los alimentos que le ofrecía la madre/cuidadora pese a tener hambre. La explicación para este hecho se relacionó con

ciertas preferencias alimentarias que tenía el niño. Frente a este rechazo la madre/cuidadora realizó prácticas para generar la aceptabilidad del alimento presentado.

- *“Él no quiere a veces recibir mi leche pero aun así le doy y ya después sigue tomando.” (Madre con familia Nuclear, N).*

El proceso de alimentación llega a la parte final cuando el niño alcanza la saciedad. Según las observaciones realizadas y las versiones ofrecidas por las madres/cuidadoras, los niños expresaban de diversas formas la sensación de saciedad (Figura 11). Se han encontrado respuestas de tipo corporal, emocional y verbal.

- *“Si ya no quiere seguir comiendo llora, reniega, patalea, se resbala para caerse si lo estas cargando, si está en su carrito de donde yo le doy de comer. Este... Voltea, gira la cabeza, gira para que la cuchara no entre a su boca o simplemente me recibe la cuchara, como quien dice tanto quieres que la coma la comida lo cómo y me la escupe todo.” (Madre con familia extendida, TQ).*

Frente a la saciedad del niño la madre/cuidadora generó diversas actitudes, como el de aceptarla o rechazarla. En caso de aceptarla la madre/cuidadora dejo de darle alimentos, motivo al niño a seguir comiendo hasta concluir con la comida o buscó complementar la comida con una merienda. En caso de rechazarla algunas optaron por forzar al niño a seguir comiendo.

- *“Así le exijo hasta que veo que ya comió algo.” (Madre que no trabaja, DN).*

Se encontró mediante observación situaciones en que la madre/cuidadora conocía la cantidad de comida que debe servir. De esa manera ellas se aseguraban de proporcionar solo la cantidad que el niño consumía normalmente.

- *“Cuando se llenó ya no le doy, porque ya ha comido una buena cantidad; pero si veo que aún le falta; porque yo sé cuánto come él normalmente, este... le distraigo con algo o juega un ratito con algunas cosas y ya de allí ya quiere comer.” (Madre con familia Nuclear, N).*

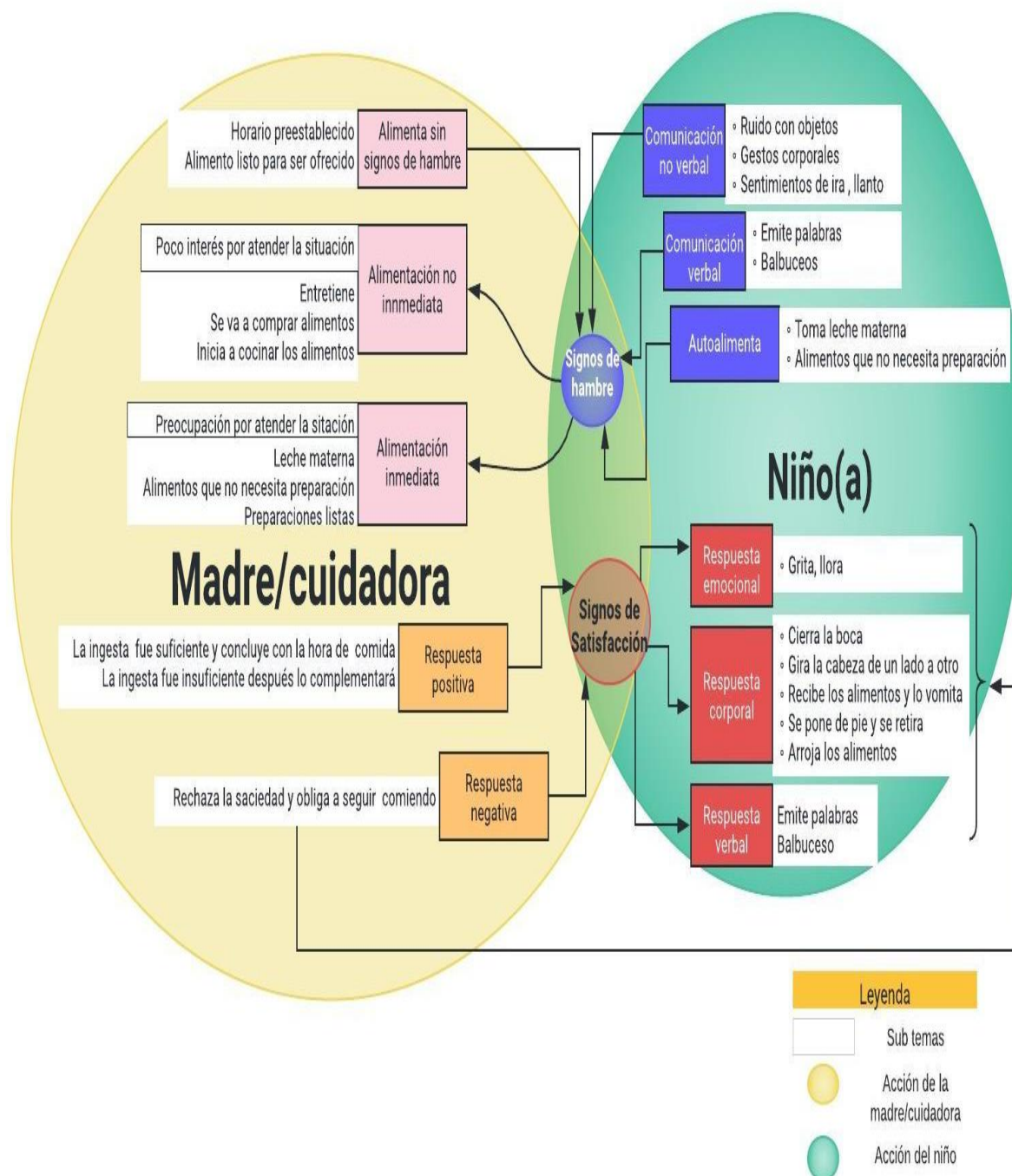


Figura 13: Signos de hambre y satisfacción en niños amamantados de 6-24 meses del Cerro Papa- Villa el Salvador (n=20)

4.2.3 Prácticas y actitudes para mejorar la aceptación durante las comidas

Durante las comidas se ha observado que los niños reaccionan de diferentes formas frente a los alimentos (Figura 14). Algunos niños aceptaban inmediatamente y se auto-alimentaban. Los niños usaron las manos y otros usaron utensilios.

- *“Ella come solita, con su mano o con su cuchara.” (Madre sin pareja, R).*

Hubo caso en los que el niño no podía auto – alimentarse y por este motivo la madre/cuidadora lo asistía. Esta condición se ha observado principalmente en los niños más pequeños.

- *“Normalmente si él está desesperadito de hambre come y yo le doy, le doy de comer.” (Madre con familia extendida, TQ).*

Se ha observado también a niños que inicialmente rechazaban o jugaban con los alimentos por lo que la madre/cuidadora realizó diversas actividades para mejorar la aceptabilidad de estos.

- *“A veces cuando yo le hago comer de repente no quiere comer y yo le trato de hacer comer jugando, le digo allí viene un avioncito con la cucharita no, en su boquita le doy como jugando le hago comer.” (Madre con 1 hijo, I).*

Según versiones de las madres/cuidadoras las alternativas para mejorar la aceptabilidad de las comidas estaban relacionados al cuidado en la selección, preparación y servido de los alimentos. Otros factores considerados son las preferencias del niño sobre variedad y características organolépticas de las preparaciones. El diseño de los utensilios también sirvió como elemento para mejorar la aceptación.

- *“Siempre lo que le gusta sus alverjitas enteritas no le gusta aplastada, igual la zanahoria que no estén aplastadas en el estofado igual.” (Madre que no trabaja, DN).*

Otras alternativas o herramientas que usaron algunas madres/cuidadores para mejorar la aceptabilidad de los alimentos fueron acciones como: Dejar que el niño se auto-alimente, hablar o cantar al niño, llevar al niño a su lugar favorito, jugar con el niño u obligarlos a comer.

- *“Cuando lo veo que ya se está aburriendo y no quiere comer busco la manera, hablándole o cantándole o jugándole o llamándole la atención.” (Madre con familia extendida, TQ).*

También se observó la presencia de estímulos que refuerzan la alimentación: cubiertos, alimentos, juguetes, personas, situaciones o ambientes.

- *“Mi hijo le hace jugar, le molesta, oye Shantal quien gana, como hace una competencia de comida. Haber Shantal abre la boca y le meto la cuchara.” (Madre con >1 hijo, SH).*

4.2.4 Prácticas y actitudes frente a los distractores durante las comidas

Durante las comidas estuvieron presentes los distractores que evitaban que el niño siga comiendo. Las madres/cuidadoras señalaron que los distractores solían ser: Objetos, animales, personas, circunstancias o ambientes. A través de la observación se apreció que en la mayoría de los casos la principal causa para este problema radica en el ambiente usado durante las comidas.

- *“Cuando ve al pollo que entra o al gato o cuando pasa el avión por arriba se queda mirando.” (Madre sin estudio superior, K).*

Frente a la presencia de distractores durante las comidas la madre/cuidadora realizaba acciones como: regañar, hablar, jugar o quitar al agente distractor.

- *“Le doy cositas en la mano, porque el agarra y me hace caso.” (Madre con familia extendida, T).*

En ocasiones también se ha visto la participación de personas (familiares) que refuerzan el acto de alimentación. Las personas que actúan como refuerzo realizaron las mismas prácticas que la madre/cuidadora pero obtuvieron mejores resultados.

- *“a veces en la cena no quiere comer viene Nando y me ayuda para que coma y así como jugando le hace comer...A veces cuando no está mi hermano pataleo por qué no está para que lo entretenga y lo haga comer.” (Madre que no trabaja, DN).*

La madre/cuidadora también uso objetos estimuladores como: juguetes, cubiertos o alimentos. En estos casos usualmente el niño respondía volviendo a comer, con o sin la presencia del agente estimulador.

- *“mientras va jugando va abriendo la boca, le doy la sonaja para que el siga comiendo.” (Madre con familia extendida, T).*

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

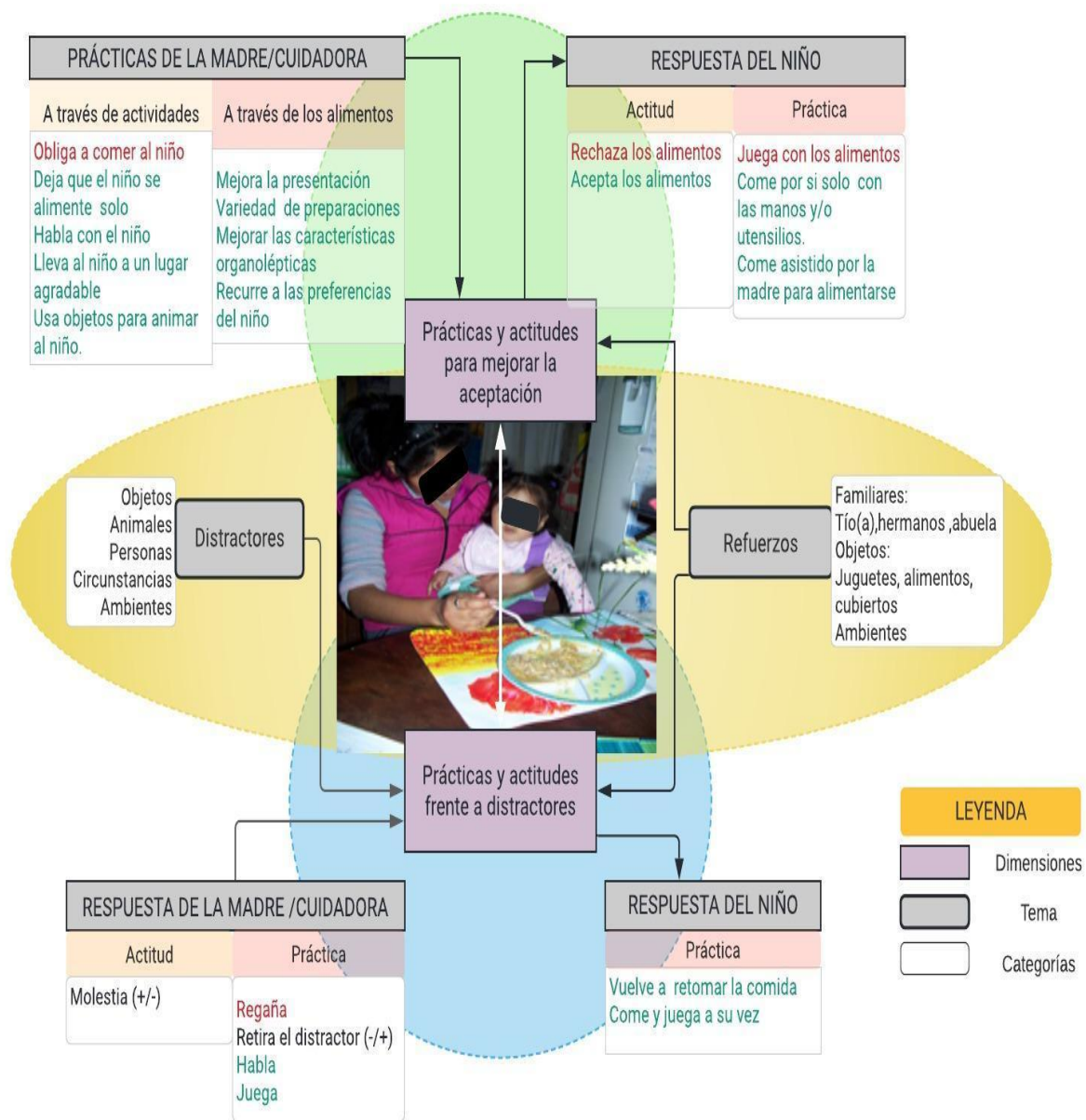


Figura 14: Prácticas y actitudes durante las comidas en niños amamantados de 6- 24 meses del Cerro Papa- Villa el Salvador (n=20)

4.2.3 Contacto entre la madre/cuidadora y el niño durante las comidas.

Mediante la observación se apreció que las madres/cuidadores acompañaban a los niños durante todo el proceso de alimentación, en algunos casos con la finalidad de que la ingesta sea suficiente y en otras porque consideraban ese su deber (Figura 15). El contacto físico y visual entre los participantes estuvo presente. No se observó los periodos de aprendizaje propiamente dicho, salvo en algunas madres/cuidadoras que argumentaron un tipo de educación que se constató con la observación.

- “Cuando estoy cocinando le hablo, le pregunto su nombre y ella me responde, le digo ¿cómo te llamas mama? y ella me dice pavón. A veces le digo haber cántame lo que te enseñaron en la cuna y ella canta su cancioncita ya lo sabe.” (Madre con 1 hijo, I).

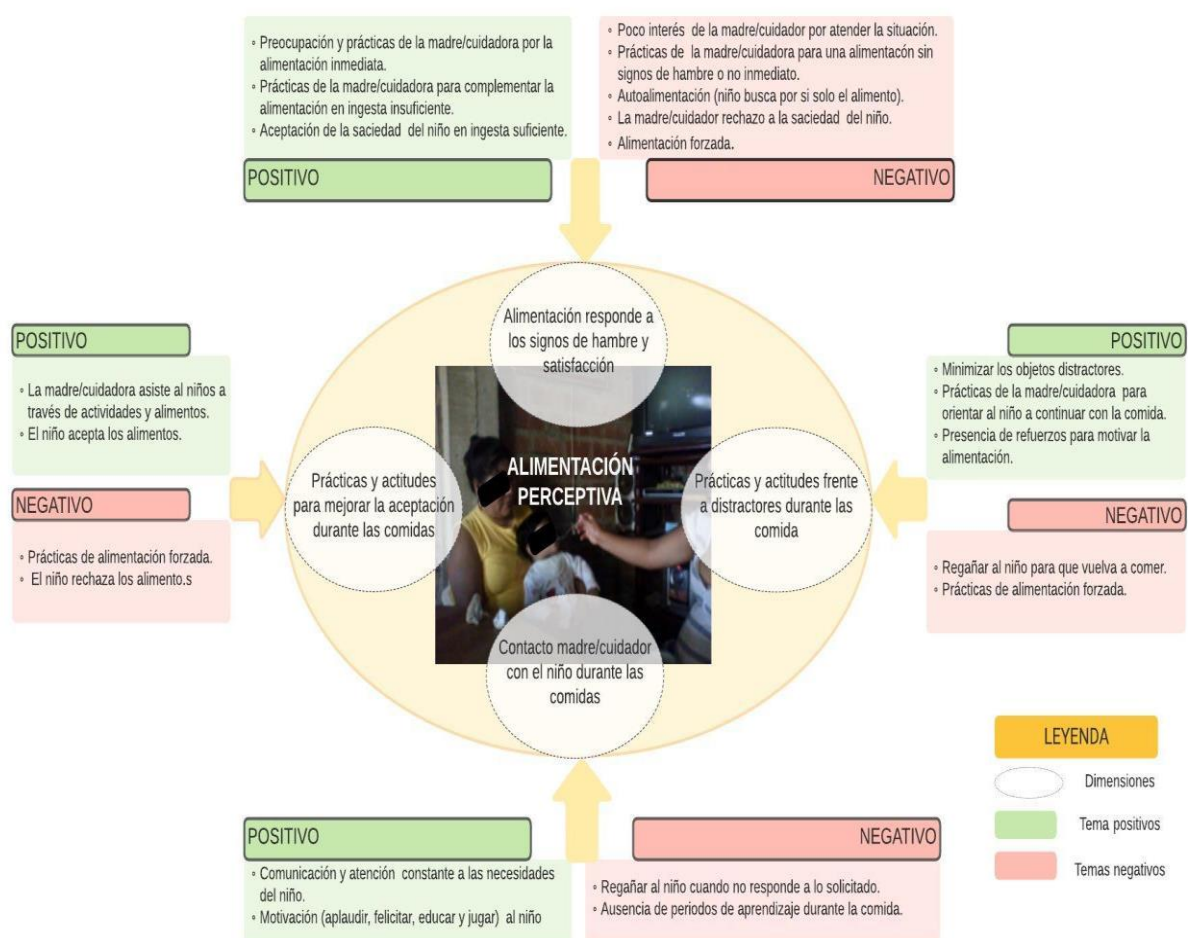


Figura 15: Alimentación perceptiva en niños amamantados de 6-24 meses del Cerro Papa- Villa el Salvador (n=20)

V. DISCUSIÓN

En el estudio, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional (lactancia materna y alimentación complementaria con peso/talla y talla/edad) ($p=0,234$; $p=0,899$; $p=0,429$; $p=0,454$). Casi todos los niños tuvieron un adecuado estado nutricional desde el punto de vista antropométrico y cerca de un tercio de las madres/cuidadoras presentó alta adherencia a las normas alimentarias. Respecto a la alimentación perceptiva se observó respuestas positivas y negativas. Las madres/cuidadoras en su mayoría de veces permanecían acompañando al niño durante las comidas; ellas recurrían a diferentes mecanismos para mejorar la ingesta de los alimentos sin embargo no ofrecieron periódicos de aprendizaje, en la mayoría de casos.

Según la OMS todos los países tiene un documento técnico relacionado a proteger, promover y apoyar una alimentación apropiada para el lactante y niño pequeño, estas son consideradas guías o normas nacionales ⁽⁵⁾. En nuestro país, los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del 2004 establecen recomendaciones para que el personal de salud eduque y promueva una adecuada alimentación en los primeros años de vida. El personal de salud se vale de diferentes materiales o herramientas educativas para llevar a cabo su función ^{(8) (9)}. A fines del 2020 se aprobó un documento técnico actualizado “Guías Alimentarias para niños y niñas menores de 2 años”, este documento recoge la información del anterior e incorpora algunas recomendaciones que se consideran convenientes para mejorar la salud y alimentación del niño. Debido a la reciente publicación de este último documento es que no fue considerado para este estudio.

En algunas zonas como el lugar donde realizamos el estudio existía un trabajo articulado de vigilancia de la salud y alimentación infantil con participación de las promotoras de la salud. Ellas contribuían con fomentar y monitorizar el cumplimiento de las recomendaciones que el personal de salud brindaba a las madres/cuidadoras.

El cumplimiento a la iniciación de la lactancia materna en la primera hora de vida solo estuvo presente en el 33% de los niños. Este hallazgo fue menor a lo reportado en la encuesta nacional (ENDES 2019) donde señala que casi la mitad lo recibe (49.4%) ⁽¹⁰⁾. Se sabe que un niño al nacer debe recibir el calostro que la madre segrega en mayor cantidad durante el

primera hora post parto. Esta primera leche materna con consistencia diferente posee una composición rica en nutrientes que ayudan a la maduración de sistema gastrointestinal ^{(2) (3) (5)}. El velar por la iniciación temprana de la LM es primordial para evitar que en el futuro presenten enfermedades gastrointestinales (intolerancias, alergias, etc.) que podrían afectar su desarrollo y crecimiento normal.

Respecto a la LME durante los primeros 6 meses de edad; cumplió con esta recomendación solo el 8 % de los niños. Esto debido a la introducción prematura de “Agüitas e infusiones” (4.5 meses) y “leche maternizada” (3.1 meses). La encuesta nacional (ENDES 2019) no precisa información sobre LME solo indica que el 65.6% de niños menores de 6 meses tiene LM ⁽¹⁰⁾. La baja adherencia a esta recomendación hace que el niño pierda la oportunidad de beneficiarse con las propiedades de la LM (nutrientes, inmunonutrientes e inmunoglobulinas) y por lo tanto tenga mayor predisposición a las EDAs ⁽²¹⁾. Estos datos fueron casi similares a lo reportado por Gorrita y Terrazas. Indican en su estudio que solo el 13.3% de las madres ofrece LME ⁽¹⁷⁾. También Hogan y Bermúdez indican que solo el 26% de los niños recibieron LME ⁽¹⁸⁾. La baja adherencia a la LME es frecuente en estas poblaciones.

Sobre la adherencia a la AC en el estudio se encontró que la edad promedio de introducción de preparaciones diferentes a la LM fue mayor a 6 meses de edad, aunque hubo algunos casos de introducción prematura. Las normas alimentarias indican que la AC es un proceso que debe contar con varias características para ser óptimo. Entre las características se señala que debe ser oportuno para la edad ^{(5) (8)}. En nuestro estudio la mayoría de los participantes cumplió con esta recomendación. En cambio Martínez, Alvarado y cols. señalan en su estudio que solo la tercera parte cumple con lo recomendado ⁽¹⁷⁾. Por otro lado Macías y cols. también refieren haber encontrado incorporación prematura de alimentos (4.4 meses) ⁽¹⁹⁾. Ambos estudios difieren del nuestro.

Respecto al cumplimiento de las características de la AC, se encontró que casi todos cumplieron con una adecuada consistencia (92%) y frecuencia de comidas (89%) (Según edad). Sobre el cumplimiento de la variedad de alimentos, se encontró que la mayoría cumplió con consumir diariamente alimentos de origen animal (75%), fruta y verdura (97%). Estos resultados son muy positivos porque el niño cubre sus requerimientos nutricionales diarios y a largo plazo desarrollara un buen hábito alimentario por lo que será más sencillo

incorporarlos a la dieta familiar ⁽⁸⁾. Jiménez y cols. muestran resultados diferentes al nuestro, en su estudio señalan un bajo consumo de frutas y cerca de la mitad de los participantes de estudio tiene una ingesta energética mayor a lo recomendado para su edad (niños < 1 año) ⁽¹⁶⁾.

La infancia es una etapa de continuo crecimiento. El requerimiento de ciertos nutrientes se incrementa y a pesar de que la dieta sea variada es necesaria la suplementación con micronutrientes críticos. Uno de ellos, el hierro, que está estrictamente relacionado con el desarrollo mental ⁽²⁾. Un niño anémico presenta obstáculos para alcanzar su máximo desarrollo cerebral ⁽³⁹⁾. En nuestro estudio se encontró que solo la mitad de los niños estaba siendo suplementado con micronutrientes a pesar de que en la zona de estudio había un programa articulado de suplementación. Este dato es similar a lo que muestra Jiménez y cols. donde la mitad (51.1%) de niños de 1 a 2 años de edad tienen un bajo consumo de hierro ⁽¹⁶⁾ y lo que Rojas y Espinoza reportan donde también cerca de la mitad (47.7%) de niños no consume micronutrientes ⁽²⁰⁾.

El estado nutricional también se ve afectado por el medio ambiente y por ello debe haber un cuidado apropiado en la higiene y manipulación de los alimentos ⁽⁵⁾. Aspecto importante para prevenir EDAs. En el estudio se encontró que solo un tercio (33%) de los participantes presentó “alto” cumplimiento a las recomendaciones de higiene y manejo de alimentos. Respecto al cumplimiento de las recomendaciones sobre los cuidados durante la etapa de convalecencia cuando el niño curso por una EDAs o IRAs, ninguna madre/cuidadora cumplió con las recomendaciones de alimentación e hidratación, en conjunto. Aunque no encontramos estudios que evalúen estos aspectos. Pero Gorrita y Terrazas señalan que hay mayor prevalencia de EDAs e IRAs por la baja adherencia a la LME ⁽¹⁷⁾.

Respecto a la alimentación perceptiva la literatura nos señala que la alimentación del niño es más que los alimentos en sí. Estas implican todas las actividades que se desarrollan entre la madre/cuidadora y el niño durante las comidas y son tan importantes como los alimentos en sí ⁽⁷⁾.

La alimentación debe responder signos de hambre y satisfacción. En el estudio se ha observado que los niños emiten señales frente al hambre y saciedad. Los niños se manifestaron de forma verbal y no verbal. Las madres/cuidadoras respondieron de diferentes formas a estas señales. En este punto es importante resaltar, como la interacción entre la

madre/cuidadora y el niño permite una relación en la que ambos reconocen e interpretan las señales de comunicación. Este proceso recíproco constituye una base para la vinculación emocional o de apego entre los participantes. El rompimiento de la comunicación lleva a una falta de confianza y seguridad que ocasiona batallas improductivas por la comida ⁽³⁹⁾.

Si evaluamos las respuestas de las madres/cuidadoras frente a las señales de hambre emitidas por el niño, encontramos que hubo madres/cuidadoras que respondían de forma inmediata. Otras lo hicieron de forma no inmediata y algunas lo ignoraron. Pallewaththa y cols. indican que al no haber respuesta oportuna y sensible a las señales de hambre, el proceso de alimentación termina en situaciones carentes de estimulación psicosocial y apoyo emocional ⁽²⁴⁾. Según Moore y cols. las madres que responden positivamente a los requerimientos de su hijo tienden a tener niños activos que explícitamente expresan el deseo por la comida y el agua ⁽²³⁾. En nuestro estudio se observó que algunas madres/cuidadoras que respondían de forma no inmediata a las señales de hambre mostraron su preocupación por apresurar el proceso de preparación de los alimentos. También se observó madres/cuidadoras que en un primer momento mostraban poco interés por atender la situación.

Se observó casos en los que las señales de hambre del niño no fueron atendidas por la madre/cuidadora (de forma oportuna). En este caso el niño buscaba el alimento por si mismo. Este hallazgo no corresponde a las recomendaciones, donde el niño en todo momento debería ser atendido por la madre. La interacción entre los participantes desde el inicio del proceso de alimentación es importante. Moore y col. afirman que la desnutrición puede atribuirse en gran medida a la interacción entre el cuidador y el niño durante los episodios de alimentación, indican que al no haber un clima agradable para el niño durante la alimentación su ingesta puede reducirse y esto a largo plazo puede alterar el estado nutricional ⁽²³⁾. Por su parte Castaño y cols. señalan que los niños que presentan dificultades en la alimentación suelen tener un estilo de alimentación no responsivo e indulgente donde la madre se desvincula de la atención al niño ⁽²⁶⁾.

En contraste a ello se halló casos en los que la alimentación no respondía a una solicitud del niño sino a la voluntad de la madre/cuidadora. Este tipo de alimentación por lo general está asociado a un horario establecido por la madre o por la disponibilidad de alimentos en ese

momento. Esta respuesta por lo general se encuentra en un estilo de alimentación forzada (autoritario controlado). La alimentación forzada se ha relacionado con baja ingesta de alimentos que puede afectar el estado nutricional del niño ⁽⁴⁰⁾. La OMS plantea que el niño establece la frecuencia con la que debe ser alimentado y que la madre debe corresponder asistiéndolo de forma oportuna a su edad ⁽²⁾.

Ahora, si evaluamos las respuestas de las madres/cuidadoras frente a las señales de saciedad emitidas por el niño, encontramos madres/cuidadoras que aceptaban la saciedad y otras que lo rechazaban. Respecto a este punto es importante también señalar que la madre/cuidadora previamente conocía la cantidad de ingesta habitual del niño. Hubo muy pocas madres/cuidadoras que forzaron al niño a seguir comiendo debido a que el niño podría recurrir al llanto y/o pataleta. La mayoría de las madres aceptaron la saciedad tomando en cuenta la ingesta de niño. En caso la ingesta no era suficiente motivaron (usando estímulos) al niño a seguir comiendo hasta concluir la comida u optaron por complementar la comida con alguna merienda después. Algunas madres manifestaron el uso de estímulos (juguetes) para mejorar la aceptabilidad de los alimentos para concluir con la comida. Este hallazgo es similar al de Dolores y cols. que señalan el uso de juegos y cantos al momento de ayudar en este proceso ⁽²⁸⁾.

Respecto a las prácticas y actitudes para mejorar la aceptación durante las comidas. Se encontró pocas situaciones en las que el niño rechazó los alimentos ofrecidos por la madre/cuidadora. El niño ocasionalmente exploró los alimentos con la finalidad de reconocer texturas y percibir sabores. Tanto los niños más pequeños como los grandes se alimentaban auxiliados por la madre durante la hora de comida. En el inicio de las comidas es importante seguir practicando los momentos de exploración de los alimentos porque el niño pasa de una dieta basada en la LM a la AC y progresivamente a la dieta familiar. El niño también evoluciona desde la dependencia de ser alimentado a la de alimentarse por sí mismo. Según Black y col. a la edad de 12 meses, el niño puede recoger con los dedos y participar en las comidas familiares, por lo que los cuidadores deben apoyar a los niños cuando muestren el deseo de tocar sus alimentos y comenzar a alimentarse por sí mismos ⁽⁴¹⁾.

En el estudio se encontró muy pocos casos de alimentación forzada para mejorar la aceptabilidad de las comidas. Dearde y col. señalan que es importante evitar la alimentación

forzada si se pretende mejorar la aceptación de los alimentos ⁽⁴²⁾. Por lo general, en nuestros estudios las madres/cuidadoras recurrían a diferentes prácticas a través de actividades (auto alimentación, hablar, ambiente cómodo y/o estímulos) o de los alimentos (presentación, variedad, características organolépticas y/o preferencia alimentarias) para mejorar la aceptabilidad de los alimentos. Estas prácticas coinciden con Aboud y cols. que señalan que cuanto más comunicación exista entre la madre/cuidadora y el niño habrá mayor ingesta de alimentos ⁽²²⁾. Elford y cols. señalan que el uso de estímulos positivos es habitual para probar ciertos alimentos y modificar ciertos comportamientos durante la alimentación ⁽²⁵⁾. Por otro lado en los pocos casos que el niño rechazaba los alimentos o jugaba con estos, las madres/cuidadoras continuaban con prácticas positivas para mejorar la aceptabilidad de los alimentos, esto hacía que obtuvieran mejores resultados. Wondafrash y col. manifiestan que la alimentación perceptiva goza de mayor aceptabilidad por parte de los niños y genera mayor aceptabilidad de los alimentos ⁽⁴³⁾. Bentley y cols. indican que la alimentación perceptiva influye en la aceptación e ingesta de los alimentos ⁽⁴⁴⁾.

Respecto a las prácticas y actitudes frente a los distractores durante las comidas encontramos objetos, animales, personas o circunstancias. Las madres/cuidadoras en algunos caso retiran el elemento distractor pero en la mayoría de casos realizan prácticas (hablar, regañar o jugar) para minimizar los efectos de estas. A través de la observación se apreció que en la mayoría de los casos la principal causa para este problema radica en el ambiente usado para la alimentación, estos no son de uso exclusivo (se usan como dormitorio y/o sala). Este hallazgo coincide con Machado y cols. que señalan que dentro de los factores asociados a la aceptabilidad de la comida están el ambiente y la conducta del adulto responsable ⁽²⁷⁾. Lo encontrado en nuestro estudio no cumple con las recomendaciones para un ambiente idóneo durante las comidas ⁽²⁾. Otro hallazgo que se destaca también es la presencia de personas (familiares) y objetivos estimuladores que refuerzan el proceso de alimentación. Respecto a este punto en el estudio se encontró que lo que para unos niños fue un distractor (elemento negativo) para otros fue un estimulante (elemento positivo), este resultado fue novedoso porque en la teoría no se menciona este hecho.

Sobre el contacto entre la madre/cuidadora y el niño durante las comidas, habitualmente la madre/cuidadora acompañó al niño durante toda la hora de comida, realizando prácticas que promueven que el niño siga comiendo. El hecho de que la madre ofrezca todo su tiempo al

niño durante la comida deja que la alimentación perceptiva fluya, ya que los participantes tendrán la oportunidad de interactuar mutuamente bajo un clima agradable. Esta afirmación está respaldada por Rasheed y col. quienes afirman que el tiempo es lo más importante para que se produzca la alimentación perceptiva ⁽⁴⁵⁾. Por su parte la OMS recomienda que la madres/cuidadoras deben dar de comer despacio, con paciencia y animar constantemente al niño a que siga comiendo pero sin llegar a forzarlo ⁽⁶⁾. Sobre el contacto (visual, verbal) entre los participantes según las versiones de la madres/cuidadora el motivo principal que hizo que acompañaran a sus hijos fue la preocupación por la cantidad de ingesta necesaria más no por saber los otros beneficios que su presencia conllevaría. Los periodos de aprendizaje no estuvieron presentes en la mayoría de los casos. Esto no concuerda con las recomendaciones, pues estas afirman que las horas de comida deberían ser momentos de aprendizaje continuo que fortalezcan el aspecto emocional y preparen al niño para cuando se incorpore a la dieta familiar ⁽²⁾.

Finalmente se encontró que el principal déficit en la adherencia a las normas alimentarias fue en el cumplimiento de la LM, higiene y manejo de los alimentos y cuidados durante el periodo de enfermedad. Aunque en el estudio no se ha hallado una relación significativa entre la adherencia a las normas alimentarias y el estado nutricional (antropométrico) esto no significa que no haya cierta vinculación. Esto debido a que hay evidencia científica que señala una relación directa entre ambas variables. Acerca de la alimentación perceptiva podemos decir que durante el tiempo de comida la madre ha desempeñado un rol sensible; con prácticas y actitudes, adecuadas o inadecuadas procurando el bienestar del niño. Las pocas veces que se ha observado desvinculación de la madre con el niño ha sido al inicio de la comida. Se destaca la conversión de distractores (elementos negativos) en estimuladores (elementos positivos). En la mayoría de caso no se ha visto periodos de aprendizaje propiamente dicho por lo que se concluye que la alimentación perceptiva no se ha desarrollado en todas sus dimensiones.

Las limitaciones del estudio se deben al tamaño de la muestra, a pesar de que se realizó un censo la cantidad es insuficiente para poder ser considerada representativa. Otra limitación fue el tipo de estudio pues al ser de tipo, transversal, no se puede hacer un seguimiento en el tiempo para visualizar los efectos futuros de la adherencia a las normas alimentarias y su impacto en el estado nutricional del niño.

A pesar que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional, este estudio tiene como fortaleza ser el primero en medir el cumplimiento de la mayoría de las recomendaciones de las normas alimentarias del niño de 6 – 24 meses, en nuestro país. Según Lira y Mathieu para el 2019 en América de Sur solo hubo un estudio que midió específicamente la adherencia a las guías alimentarias en menores de 2 años ⁽³¹⁾. Por otro lado este estudio permitió conocer la alimentación perceptiva desde un enfoque cualitativo, identificando los factores que intervienen durante el proceso de alimentación del niño. Los hallazgos son fundamentales para futuras intervenciones que promuevan la modificación de ciertos comportamientos que deba adoptar la madre/cuidadora durante la hora de la comida.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Enfoque cuantitativo

- a) No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento a la lactancia materna y estado nutricional según el índice Peso /Talla.
- b) No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento a la alimentación complementaria y el estado nutricional según el índice Peso/Talla.
- c) No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento a la lactancia materna y el estado nutricional según el índice Talla/Edad.
- d) No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento a la alimentación complementaria y el estado nutricional según el índice Talla/Edad.
- e) No se encontró asociación estadísticamente significativa entre adherencia a las normas alimentarias y el estado nutricional según el índice Peso / Talla y Talla / Edad.

6.2 Enfoque cualitativo

Alimentación perceptiva:

- a) Al explorar si la alimentación responde a los signos de hambre y satisfacción se encontró diferentes escenarios: el niño cuando tenía hambre recurría a la auto-alimentación, comunicación verbal y no verbal con la madre/cuidadora. Las madres/cuidadoras respondieron con prácticas y actitudes perceptivas y no perceptivas. El niño cuando se encontró saciado recurrió a respuestas emocionales, corporales y verbales. Las madres/cuidadoras respondieron de acuerdo a su conocimiento sobre la cantidad de alimentos recibidos por sus hijos, algunas respondieron de forma perceptiva y otras no.
- b) Al identificar las prácticas y actitudes para mejorar la aceptación durante las comidas se encontró diferentes escenarios: los niños podían alimentarse por sí solos o necesitaban apoyo de sus madres/cuidadoras. También presentaban diferentes actitudes positivas y negativas; sin embargo el rol de la madre/cuidadora en su mayoría de veces fue perceptiva porque recurrían a actividades motivadoras como mejorar el contenido y presentación de las preparaciones.
- c) Al identificar las prácticas y actitudes frente a los distractores durante las comidas se observó lo siguiente: hubo diferentes distractores durante la comida, pero las madres/cuidadoras buscaban minimizarlo, retirarlos o usarlos a su favor convirtiéndolos en

elementos positivos que estimulaban la aceptación de los alimentos. Algunas madres/cuidadoras recurrieron a familiares como elementos que refuerzan la aceptación de los alimentos.

- d) Al explorar el contacto madre/cuidadora con el niño durante la comida se encontró lo siguiente: la madre/cuidador permaneció todo el tiempo acompañando al niño ya sea de manera positiva o negativa. Hubo muy pocas casos donde se presenciaron periodos de aprendizaje.

VII. RECOMENDACIONES

A Nivel Nacional

- Trabajar de manera articulada entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y los Centros de Atención Primaria para mejorar el monitoreo de la Alimentación Complementaria en los dos primeros años de vida.
- Elaborar un sistema de vigilancia eficaz de la lactancia materna puesto que es allí donde observamos nuestro principal déficit.
- Usar los medios de comunicación del estado para difundir mensajes sobre la alimentación e hidratación de niño cuando este cursa por un periodo de enfermedad.
- Usar los medios de comunicación del estado y los Centros de Atención Primaria para educar a las madres/cuidadores sobre alimentación perceptiva en los dos primeros años de vida.

A Nivel Municipal y de la Red de Salud de Villa el Salvador – Pachacamac – Pucusana

- Establecer un mecanismo de trabajo y apoyo continuo entre la municipalidad y los Centros de Atención Primaria con la finalidad de cubrir la atención de la población infantil.
- Crear una Gerencia o Sub Gerencia de Salud y Alimentación con la finalidad de que ellos sean los responsables de las articulaciones y gestiones orientadas a atender las necesidades en temas de nutrición de la población infantil.
- Capacitar y dotar de herramientas a las promotoras de salud para que puedan continuar con sus labores de monitoreo en salud y alimentación infantil.
- Crear un sistema de incentivo o beneficio económico, basado en resultados, en favor de las promotoras de salud, esto con la finalidad de incrementar su compromiso con el trabajo que desempeñan.

A nivel de los Profesionales e Investigadores

- Los estudios que corroboran la deficiente lactancia materna y/o alimentación complementaria en nuestro país son muchos por lo que no recomendamos estudios descriptivos similares sino aquellos que involucran grupos control para evidenciar los resultados futuros de una adecuada lactancia materna y/o alimentación complementaria.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La equidad se juega en la primera infancia. Documentos de trabajo nº 4. Mayo 2014
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, 2003.
3. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Infancia, adolescencia y juventud: oportunidades claves para el desarrollo; 2019: 41 – 64.
4. Velásquez J, y Cols. Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012. Rev. Perú. med. exp. Salud Pública, vol.31, 2014.
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud; 2010: 29 - 38.
6. Organización Mundial de la Salud .Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, 2003.
7. MINSA. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial 510 – 2004. Lineamientos de la Nutrición Infantil. 2004.
8. INS. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, 2004: 25-51.
9. MINSA. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo 009 – 2006 – SA. Guías Alimentarias para niños y niñas menores de 2 años de edad, 2019.
10. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud familiar - ENDES; 2019 abril: 235 – 259.

11. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultado de los programas presupuestales primer semestre 2019. Encuesta Demográfica y de Salud familiar - ENDES; 2019 abril: 261 – 307.
12. Lasarte J, y Cols. Supervisión del crecimiento y alimentación en el primer año de vida. Revista Pediatría de Atención Primaria Vol. 9, 2007.
13. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Guía de Principios de la Familia. Roma; 2006: 69-84.
14. Martínez I., Alvarado G., Sánchez M., Blanco L., Sánchez M., Blázquez J., Méndez S. Estudio de las pautas alimentarias para la introducción de alimentos complementarios y su diversidad a través de la incorporación a la dieta familiar. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2010; 15(3):114-124.
15. Flores S., Klünder M., Muñoz O. Feeding practices and nutritional status of Mexican children affiliated to the Medical Insurance for a New Generation. Salud Pública de México [Internet]. 2012; 54(1):S20-S27.
16. Jiménez S., Martín I., Rodríguez A., Silvera D., Núñez E., Alfonso K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. red Cubana Pediatr [Internet]. 2018 Mar [citado 2020 Ago 27]; 90(1): 79-93.
17. Gorrita R., Terrazas A., Brito D., Ravelo Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev. Cubana Pediatr [Internet]. 2015 Sep. [citado 2020 Sep. 01]; 87(3): 285-297.
18. Hogan C, Kearney J, Bermudez O. Feeding practice during the first two years of life in a group of infants attending a health care centre in the La Chorrera city of Panama. Proceedings of the Nutrition Society. Cambridge University Press; 2014; 73(OCE2):E51.
19. Macias S., Rodríguez S., Ronayne P. Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. Revista Chilena de Nutrición [Internet]. 2013; 40(3):234-242.

20. Rojas N., Espinoza S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. *An. Fac. med.* [Internet]. 2019 Abr [citado 2020 Ago 27]; 80(2): 157-162.
21. Chia-Gil A., Pariona R., Soto V., Cuipal J., Romaní D., Díaz W., et al. Lactancia materna exclusiva y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de seis meses. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2013; 17(2):1-8.
22. Aboud F., Shafique S., Akhter S. A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. *J Nutr.* 2009; 139(9):1738-1743.
23. Moore AC., Akhter S., Aboud FE. Responsive complementary feeding in rural Bangladesh. *Soc Sci Med.* 2006; 62(8):1917-1930.
24. Pallewaththa P., Agampodi S., Agampodi T., Siribaddana S. Knowledge, Attitudes, and Practices of Responsive Feeding in Rural Sri Lanka (A Qualitative Study). *Ceylon Med J.* 2019; 64(2):70-75.
25. Elford L., Brown A. Exploring child-feeding style in childcare settings: how might nursery practitioners affect child eating style and weight? *Eat Behav.* 2014; 15(2):314-317.
26. Castaño L., Molano M., Varela M. Dificultades de alimentación en la primera infancia y su relación con las prácticas parentales de alimentación. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado 2020 Sep. 01]; 9(2): 196-207.
27. Machado K., Denis N., Fernández N., Miguez C., Pérez C. Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2016 Sep. [citado 2020 Sep. 01]; 43(3): 228-232.
28. Dolores G., Delgado D., Creed H. Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima,

Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2015 Jul [citado 2020 Sep. 01]; 32(3): 440-448.

29. Pineda E. y Alvarado E. Metodología de la Investigación 2008: 101-207.
30. Ruiz A. y Morillo L. Epidemiología Clínica: Investigación Clínica Aplicada; 2004: 213-232.
31. Lira T. y Mathieu C. Cumplimiento de las guías alimentarias en menores de 2 años en América de Sur entre 2000 y 2018. Rev. Confluencia1 (1), 30 – 40,2019.
32. Figueroa D. Estado Nutricional como Factor y Resultado de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus Representaciones en Brasil. Rev. salud pública. 6 (2): 140-155,2004.
33. Nunes L., Vigo A., Oliveira L., Giugliani Elsa R. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. Cad. Saúde Pública, 2017.
34. MINSA. Ministerio de Salud del Perú. Vigilancia de Indicadores Nutricionales: Módulo de Gestión. 2013.
35. Tintaya V. Barreras de lactancia materna y asociación de sus prácticas con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador. (Tesis de pregrado), Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2015.
36. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw – Hill, 2006; 4(1):406-488, 630 - 641.
37. Ulin P., Robinson E. and Tolley E. Investigación aplicada en Salud Publica: Métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS, 1ra edición; 2006: 141 – 151.
38. Vasilachis, I., Aldo R., et al. Estrategias de la investigación cualitativa. Ed. Gedisa. 1ra edición. Barcelona; 2006.

39. Defensoría del Pueblo. Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional, 2018. Pág.: 1-3.
40. Black M., Creed H. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. RevPeruMedExp Salud Pública. 2012; 29(3):373.
41. Black M., Hurley K. Infant nutrition. In: Wachs T (ed.). Handbook on Infant Development. Volume 2: Applied and Policy Issues. 2nd ed. NY: Wiley-Blackwell; 2011. p. 33-61.
42. Dearde K., Hilton S, Bentley M. Caregiver Verbal Encouragement Increases Food Acceptance among Vietnamese Toddlers. J. Nutr. 139: 1387–1392, 2009.
43. Wondafrash M., Amsalu M., Woldie M. Feeding styles of caregivers of children 6-23 months of age in Derashe special district, Southern Ethiopia. BMC PublicHealth 2012, 12:235.
44. Bentley M., Wasser H., -Kanashiro H. Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries. TheJournal of Nutrition 2011.
45. Rasheed S., Haider R., Hassan N. Why does nutrition deteriorate rapidly among children under 2 years of age? Using qualitative methods to understand community perspectives on complementary feeding practices in Bangladesh. Food and NutritionBulletin, vol. 32, no. 3, 2011.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

Formato de Consentimiento Informado

Relación entre la Adherencia a las Normas Alimentarias con el Estado Nutricional y Alimentación Perceptiva en Niños Amamantados de 6- 24 Meses, Cerro Papa - Villa el Salvador.

Investigadora: Carmen Patricia Chagua Callupe

Propósito

La Escuela Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos realiza el estudio sobre Relación entre la Adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses. Este estudio se debe a que el no cumplimiento a las normas alimentarias puede generar una alteración en el estado nutricional. Los problemas relacionados con el estado nutricional del lactante son muy delicados ya que estos repercuten de forma negativa para el crecimiento, desarrollo y salud del niño.

Participación

Este estudio busca explorar la alimentación perceptiva, determinar la adhesión a las normas alimentarias y relacionarlo con el estado nutricional del niño. Con este estudio se puede detectar a niños en situación de riesgo nutricional (bajo, adecuado o alto peso) y ayudarlos a mejorar de su estado.

Si usted permite que su hijo/a participe en el estudio, únicamente se le va tomar ciertas medidas antropométricas como peso y talla. Para esto se usará un infantómetro y una balanza de piso. Así mismo solo se le quitara lo zapatos y algunas prendas pesadas para efectuar dichas medidas. El presente estudio garantiza el respeto de todos los derechos del niño(a).

Riesgo del Estudio

Este estudio no presenta riesgo para su hijo/a.

Beneficios del Estudio

Es importante señalar que con la participación de su hijo/a, usted contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y nutrición. Al concluir el estudio como agradecimiento a usted y su niño se ofrecerá una capacitación sobre una *adecuada* alimentación perceptiva y *alimentación complementaria*.

Costo de Participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Le encuesta a usted y las medidas antropométricas a su hijo/a serán con su permiso, durante el periodo de visita a su

hogar y sin interrumpir sus actividades. Solo es necesario que el día de la medición el niño/a lleve ropa liviana y usted esté dispuesta a participar.

Confidencialidad

Toda información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.

Requisitos de Participación

Los posibles candidatos/candidatas deberán ser niños de 6-24 meses de edad. Si usted acepta que su hijo/a participe le solicitamos que firme este documento como prueba de su consentimiento, lo cual indicará que usted autoriza la participación voluntaria. Sin embargo si usted no desea participar en el estudio, por cualquier razón, puede dejar de firmar con toda libertad sin que esto represente alguna consecuencia negativa.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario comunicarse con Patricia Chagua Callupe o su asesor Lic. Doris Hilda Delgado Pérez, al teléfono 966013094 en horario de 8:00 am – 4pm, donde con mucha cordialidad usted será atendido.

Declaración Voluntaria

Habiendo sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) también de la forma como se realizará el estudio. Estoy informado(a) que mi hijo/a puede dejar de participar o no continuar en el estudio en el momento en el que considere necesario sin que esto represente que tenga que pagar o alguna represalia por parte del equipo de investigación de la Escuela Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior doy mi consentimiento para que mi menor hijo/a participe voluntariamente en la investigación.

Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 Meses del Cerro Papa - Villa el Salvador.

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha: ____ / ____ 2014

Dirección: _____

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

ANEXO 2
(Enfoque cuantitativo)

Cumplimiento según indicador

n	Indicador	Nivel de cumplimiento por indicador		
		Si	No	
1	LM en la primera hora de vida	12	24	
2	LM exclusiva durante los primero 6 meses	3	33	
3	Inicio de la AC	Adecuado	Inadecuado	
		29	7	
4	Consistencia de las preparaciones	Adecuado	Inadecuado	
		33	3	
5	Frecuencia de las preparaciones	Adecuado	Inadecuado	
		32	4	
6	Incluir alimentos de origen animal	Si	No	
		27	9	
7	Consumo de frutas y verduras	Si	No	
		35	1	
8	Consumo de suplementos de vitaminas y minerales	Si	No	
		18	18	
9	Buenas prácticas de higiene y manejo de alimentos	Alto	Medio	Bajo
		5	19	12
10	Alimentación durante el estadio de enfermedad (IRAS y EDAS)	Adecuado	Inadecuado	
		36	0	

ANEXO 3

(Enfoque cuantitativo)

Formato de encuesta de adherencia a las normas alimentarias y estado nutricional



digitador	Nº encuesta digitada

ADHERENCIA A LAS NORMAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS AMAMANTADOS DE 6- 24 MESES, CERRO PAPA - VILLA EL SALVADOR.

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

PERSONAL DE LA ENCUESTA		
	Nombre y apellidos	Código
Entrevistador		

RESULTADOS DE LA ENCUESTA			
Fecha de la visita:	1ª visita	2ª visita	3ª visita

Resultados:	Cuestionario	Desarrollo	Antro <5 a.	
Códigos de Resultados	1 Completa 2 Incompleta 3 Rechazo 4 Ausente 5 Vivienda desocupada 6 No se inició la entrevista 7 No corresponde	Observaciones:		

100 CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

[illegible]

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

300 IDENTIFICACIÓN DEL MENOR DE 24 MESES																																																																	
		ULTIMO NIÑO(A) VIVO				PENÚLTIMO NIÑO(A) VIVO																																																											
301	Vea en 101 y 102A el NOMBRE de la madre y número de orden. Usar un formato para cada madre y sus hijos.	<div> <div>ID MAMA</div> <div>ID NINO</div> </div> <div>Nombre niño:</div>				<div> <div>ID MAMA</div> <div>ID NINO</div> </div> <div>Nombre niño:</div>																																																											
302	Fecha de Nacimiento del niño	<div> <div>d</div><div>d</div><div>m</div><div>m</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div> </div> <div>a--</div>				<div> <div>d</div><div>d</div><div>m</div><div>m</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div> </div> <div>a--</div>																																																											
304	¿NOMBRE actualmente tiene DNI? Si responde 'SI' solicite el DNI	<div> <div>1 Si y lo muestra</div> <div>2 Si, y no lo muestra</div> <div>3 No</div> <div>8 No Sabe</div> </div> <div> <div>Pase a</div> <div>306</div> </div>				<div> <div>1 Si y lo muestra</div> <div>2 Si, y no lo muestra</div> <div>3 No</div> <div>8 No Sabe</div> </div> <div> <div>Pase a</div> <div>306</div> </div>																																																											
305	Anotar el número del DNI	<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>				<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>																																																											
300 LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN INFANTIL																																																																	
306	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? Si menos de 1 hora, circule "000" Menos de 24 horas circule 1 y anote las horas Más de 24 horas circule 2 y anote los días	<div>Inmediatament e 000</div> <div> <div>Horas 1</div> <div>Días 2</div> </div> <div> <div></div><div></div> <div></div><div></div> </div>				<div>Inmediatament e 000</div> <div> <div>Horas 1</div> <div>Días 2</div> </div> <div> <div></div><div></div> <div></div><div></div> </div>																																																											
307	¿Durante cuántos meses le dio pecho (Leche Materna) a (NOMBRE)?	<div>Meses</div> <div> <div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div>Aún sigue lactando 97</div> <div>No sabe 98</div> </div>				<div>Meses</div> <div> <div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div>Aún sigue lactando 97</div> <div>No sabe 98</div> </div>																																																											
308	¿A qué edad empezó a darle líquidos a (NOMBRE) diferentes de la leche materna?	<div>No le dio -8</div> <div>No sabe 98</div> <div> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EDAD</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> </div>					EDAD	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2	<div>No le dio -8</div> <div>No sabe 98</div> <div> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EDAD</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> </div>					EDAD	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2
	EDAD	Meses	Días																																																														
1		1	2																																																														
2		1	2																																																														
3		1	2																																																														
4		1	2																																																														
5		1	2																																																														
6		1	2																																																														
	EDAD	Meses	Días																																																														
1		1	2																																																														
2		1	2																																																														
3		1	2																																																														
4		1	2																																																														
5		1	2																																																														
6		1	2																																																														
	<table border="1"> <tbody> <tr><td>1</td><td>Agüitas e infusiones</td></tr> <tr><td>2</td><td>Leche maternizada</td></tr> <tr><td>3</td><td>Leche no maternizada</td></tr> <tr><td>4</td><td>Jugos</td></tr> <tr><td>5</td><td>Caldos</td></tr> <tr><td>6</td><td>Otros <i>Especif.</i>.....</td></tr> </tbody> </table>	1	Agüitas e infusiones	2	Leche maternizada	3	Leche no maternizada	4	Jugos	5	Caldos	6	Otros <i>Especif.</i>																																																				
1	Agüitas e infusiones																																																																
2	Leche maternizada																																																																
3	Leche no maternizada																																																																
4	Jugos																																																																
5	Caldos																																																																
6	Otros <i>Especif.</i>																																																																

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

309	<p>¿A qué edad comenzó a darle otras preparaciones?</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Sopa espesas</td></tr> <tr><td>2</td><td>Puré de papas o verduras</td></tr> <tr><td>3</td><td>Puré de frutas</td></tr> <tr><td>4</td><td>Mazamorra aguada</td></tr> <tr><td>5</td><td>Mazamorra espesa</td></tr> <tr><td>6</td><td>Papilla</td></tr> <tr><td>7</td><td>Otros</td></tr> </table>	1	Sopa espesas	2	Puré de papas o verduras	3	Puré de frutas	4	Mazamorra aguada	5	Mazamorra espesa	6	Papilla	7	Otros	<p>No le dio -8 No sabe 98</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>Edad</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Edad	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2	7		1	2	<p>No le dio -8 No sabe 98</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>Edad</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Edad	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2	7		1	2
1	Sopa espesas																																																																																
2	Puré de papas o verduras																																																																																
3	Puré de frutas																																																																																
4	Mazamorra aguada																																																																																
5	Mazamorra espesa																																																																																
6	Papilla																																																																																
7	Otros																																																																																
	Edad	Meses	Días																																																																														
1		1	2																																																																														
2		1	2																																																																														
3		1	2																																																																														
4		1	2																																																																														
5		1	2																																																																														
6		1	2																																																																														
7		1	2																																																																														
	Edad	Meses	Días																																																																														
1		1	2																																																																														
2		1	2																																																																														
3		1	2																																																																														
4		1	2																																																																														
5		1	2																																																																														
6		1	2																																																																														
7		1	2																																																																														
310	<p>¿Podrías brindarme información sobre la frecuencia diaria de las preparaciones o comidas?</p> <p>Tiempo de comida</p> <p>1.Desayuno 2.Entrecomida 1 3.Almuerzo 4.Entrecomida 2 5.Cena 6.Lactancia Materna</p> <p>Colocar “o” sino no recibió el tiempo de comida preguntado</p>	<table border="1"> <tr> <th>Nº</th> <th>Frecuencia</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> </table>	Nº	Frecuencia	1		2		3		4		5		6		<table border="1"> <tr> <th>Nº</th> <th>Frecuencia</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> </table>	Nº	Frecuencia	1		2		3		4		5		6																																																			
Nº	Frecuencia																																																																																
1																																																																																	
2																																																																																	
3																																																																																	
4																																																																																	
5																																																																																	
6																																																																																	
Nº	Frecuencia																																																																																
1																																																																																	
2																																																																																	
3																																																																																	
4																																																																																	
5																																																																																	
6																																																																																	
311	<p>Sobre los tiempos de comida señalados en el 311</p> <p>¿Podrías brindarme información sobre la consistencia del mismo?</p> <p>Tiempo de comida</p> <p>1.Líquida 2.Semi-espesa 3.Espesa 4.Otro</p>	<table border="1"> <tr> <th>Nº</th> <th>Consistencia</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> </table>	Nº	Consistencia	1		2		3		4		5		6		<table border="1"> <tr> <th>Nº</th> <th>Consistencia</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> </table>	Nº	Consistencia	1		2		3		4		5		6																																																			
Nº	Consistencia																																																																																
1																																																																																	
2																																																																																	
3																																																																																	
4																																																																																	
5																																																																																	
6																																																																																	
Nº	Consistencia																																																																																
1																																																																																	
2																																																																																	
3																																																																																	
4																																																																																	
5																																																																																	
6																																																																																	
SALUD																																																																																	
	Cuando ha tenido fiebre o tos:																																																																																
312	<p>¿Le dio usted a (NOMBRE) la misma cantidad de bebidas que antes de la EDA - IRA, más bebidas o menos bebidas? SI MENOS, SONDEE: ¿Se le ofreció mucho menos que lo usual o sólo un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8</p>	<p>MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8</p>																																																																														
313	<p>¿Le dio Ud. a (NOMBRE) la misma cantidad de comida que antes de la EDA - IRA, le dio más o le dio menos comida? SI MENOS, SONDEE: ¿Le ofreció mucho menos que lo usual para comer o solo un poco menos?</p>	<p>MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8</p>	<p>MUCHO MENOS..... 1 ALGO MENOS..... 2 LA MISMA CANTIDAD..... 3 MÁS..... 4 NADA DE BEBER..... 5 NO SABE..... 8</p>																																																																														

“Relación entre la adherencia a las normas alimentarias con el estado nutricional y alimentación perceptiva en niños amamantados de 6- 24 meses, Cerro Papa - Villa el Salvador”

SUPLEMENTOS																																			
314	CIRCULE ¿Qué suplementos vitamínicos ha recibido del Centro de Salud durante el 2012? Si responde No o NS/NR pase al siguiente suplemento Si la respuesta es NO para todos, tache en 329 y 330	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato Ferroso</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Chispita /Estrellitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	NS/NR	Sulfato Ferroso	1	2	3	Chispita /Estrellitas	1	2	3	Vitamina A	1	2	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato Ferroso</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Chispita /Estrellitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	NS/NR	Sulfato Ferroso	1	2	3	Chispita /Estrellitas	1	2	3	Vitamina A	1	2	3
	Si	No	NS/NR																																
Sulfato Ferroso	1	2	3																																
Chispita /Estrellitas	1	2	3																																
Vitamina A	1	2	3																																
	Si	No	NS/NR																																
Sulfato Ferroso	1	2	3																																
Chispita /Estrellitas	1	2	3																																
Vitamina A	1	2	3																																
315	CIRCULE ¿Los consume o los consumió? Si la respuesta es NO, tache la 330	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato Ferroso</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Chispita /Estrellitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	NS/NR	Sulfato Ferroso	1	2	3	Chispita /Estrellitas	1	2	3	Vitamina A	1	2	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato Ferroso</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Chispita /Estrellitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	NS/NR	Sulfato Ferroso	1	2	3	Chispita /Estrellitas	1	2	3	Vitamina A	1	2	3
	Si	No	NS/NR																																
Sulfato Ferroso	1	2	3																																
Chispita /Estrellitas	1	2	3																																
Vitamina A	1	2	3																																
	Si	No	NS/NR																																
Sulfato Ferroso	1	2	3																																
Chispita /Estrellitas	1	2	3																																
Vitamina A	1	2	3																																
316	ANOTE ¿Con qué frecuencia a la semana los consume o consumió (Número de días)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato Ferroso</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Chispita /Estrellitas</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	NS/NR	Sulfato Ferroso		2	3	Chispita /Estrellitas		2	3	Vitamina A		2	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato Ferroso</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Chispita /Estrellitas</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	NS/NR	Sulfato Ferroso		2	3	Chispita /Estrellitas		2	3	Vitamina A		2	3
	Si	No	NS/NR																																
Sulfato Ferroso		2	3																																
Chispita /Estrellitas		2	3																																
Vitamina A		2	3																																
	Si	No	NS/NR																																
Sulfato Ferroso		2	3																																
Chispita /Estrellitas		2	3																																
Vitamina A		2	3																																

Hoja de Registro de medidas antropométricas

800 ANTROPOMETRÍA (PESO Y TALLA) MENOR DE 24 MESES															
Entrevistador/a: -La medición de la talla debe ser realizada por dos personas. -El niño solo debe tener prendas ligeras, caso contrario ajustar el peso del niño(a) disminuyendo el peso de la ropa. -La talla debe ser tomada sin zapatos ni accesorios en el cabello.														Código del encuestador	
Niño(a) 1								Niño(a) 2							
ID niño		Nombre						ID niño		Nombre					
801 Sexo : <div> <div>1</div> <div>2</div> </div>								801 Sexo : <div> <div>1</div> <div>2</div> </div>							
802 Fecha de nacimiento <div> <div>d</div> <div>D</div> <div>m</div> <div>m</div> <div>a</div> <div>a</div> <div>a</div> <div>a</div> </div>								802 Fecha de nacimiento <div> <div>d</div> <div>d</div> <div>m</div> <div>m</div> <div>a</div> <div>a</div> <div>a</div> <div>a</div> </div>							
803 A Resultado de la medición 1 Medido 2 Niño enfermo 3 No presente 4 Niño rechazo 5 Madre rechazó 6 Otro(especificar)								803 A Resultado de la medición 1 Medido 2 Niño enfermo 3 No presente 4 Niño rechazo 5 Madre rechazó 6 Otro(especificar)							
803B Peso en kilos								803B Peso en kilos							
<div> <div></div> <div></div> <div>.</div> <div></div> </div>								<div> <div></div> <div></div> <div>.</div> <div></div> </div>							
803C Método de medición de la talla 1 Echado 2 De pie								803C Método de medición de la talla 1 Echado 2 De pie							
803D Talla en cm								803D Talla en cm							
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>.</div> <div></div> </div>								<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>.</div> <div></div> </div>							

ANEXO 4

(Enfoque cuantitativo)

Formato de encuesta de frecuencia de consumo de alimentos

500 FRECUENCIA DE CONSUMO

n	501 Alimento	502 Alguna vez (nombre del niño) ha consumido... ¿ 1 SI 2 NO	503 El día de ayer (nombre del niño) ha consumido... ¿? 1 SI 2 NO	504 Con qué frecuencia (Nombre del niño) consume usualmente?				
				504A Diario	504B Semanal		504C Mensual	
				Nº veces x día	Nº días semana	Nº veces por día	Nº de días mes	Nº veces por día
1	Margarina vegetal							
2	Azúcar rubia							
3	Pollo carne							
4	Pollo, hígado							
5	Res, carne pulpa							
6	Res, hígado							
7	Arroz							
8	Avena							
9	Fideos							
10	Pan francés							
11	Mandarina							
12	Mango							
13	Manzana							
14	Plátano de isla							
15	Plátano de seda							
16	Uva negra							
17	Zanahoria							
18	Zapallo							
19	Espinaca							
20	Huevo gallina							
21	Leche (evaporada)							
22	Leche fresca							

ANEXO 5

(Enfoque cuantitativo)

Formato de la lista de chequeo de higiene y manejo de los alimentos

Nº		Aspecto	Si	No
1	La cuidadora...	Mantiene la limpieza del lugar de preparación de alimentos.		
2		Usa agua segura (agua potable).		
3		Guarda los alimentos tapados de forma segura (Fuera de factores contaminantes y/o en refrigeración).		
4		Se lava las manos antes de preparar los alimentos.		
5		Lava las manos del niño antes de que estos coman sus alimentos.		
6		Sirve al niño los alimentos inmediatamente después de su preparación.		
7		Usa utensilios limpios para preparar los alimentos.		
8		Usa utensilios limpios al alimentar a los niños.		

ANEXO 6

(Enfoque cualitativo)

Guía de entrevista semiestructurada a profundidad



ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA EN NIÑOS AMAMANTADOS

DE 6- 24 MESES, CERRO PAPA - VILLA EL SALVADOR

Código: _____ Características de las madres: _____

1. ¿Cómo sabe usted que su niño tiene hambre? y ¿Qué hace usted cuando su niño tiene hambre?
2. ¿Cuándo usted le sirve la comida a su niño que hace usted para que él comience a comer?
3. ¿Cómo se comporta su niño cuando ya no quiere seguir comiendo? y ¿Qué hace usted?
4. ¿Su niño come de su propio plato o comparte con usted el plato? ¿Cómo es la presentación de los platos de comida que le da a su niño?
5. ¿Si usted le da varias veces la misma comida (durante una semana) y el empieza a rechazarla que hace usted?
6. ¿Entre las horas de comida su niño deja de comer repentinamente? ¿Porque? ¿Qué hace usted para que siga comiendo?
7. ¿Cómo es el contacto entre usted y su niño durante la hora de comida? ¿Usted le habla? ¿qué le dice? ¿Usted lo ve? ¿Cómo lo ve?

ANEXO 7

(Enfoque cualitativo)

Guía de observación a profundidad

N°	ASPECTO	OBSERVACION
1	La alimentación responde a sus signos de hambre y satisfacción.	
2	Estimulación durante el proceso de alimentación.	
3	Métodos para mejorar la aceptación de los alimentos.	
4	Distractores durante las horas de alimentación.	
5	Contacto madre – hijo durante la hora de alimentación.	

ANEXO 8

Galería fotográfica

Cerro Papa – Villa el Salvador (Vista panorámica)



Aplicación de encuesta y entrevista



Cumplimiento de la alimentación complementaria

Participantes del estudio





Evaluación Antropométrica

